



Janvier 2015
Réf. Eurogip - 102/F

Déclaration des maladies professionnelles : problématique et bonnes pratiques dans cinq pays européens

Sommaire

Introduction	4
Synthèse	6
1 - Procédures de déclaration des maladies professionnelles dans cinq pays européens	8
1.1 - Allemagne	
1.2 - Danemark	
1.3 - Espagne	
1.4 - France	
1.5 - Italie	
2 - Statistiques et analyse des déclarations et reconnaissances de maladies professionnelles	13
2.1 - Déclarations	
2.1.1 - Constats	
2.1.2 - Typologie des déclarations par pathologie (TMS - Hypoacusies - Dermatoses - Cancers)	
2.2 - Reconnaissances	
2.2.1 - Constats	
2.2.2 - Typologie des déclarations par pathologie (TMS - Hypoacusies - Dermatoses - Cancers)	
3 - Lutte contre la sous-déclaration au Danemark, en Espagne, en France et en Italie	24
3.1 - Constats nationaux : causes et ampleur du phénomène	
3.2 - Exemples de bonnes pratiques pour lutter contre la sous-déclaration	
Danemark : croisement de fichiers informatiques	
Italie : coopération hôpitaux/INAIL	
France : recherche proactive des victimes potentielles	
Espagne : logiciel de signalement SISVEL	
Annexes	40
Annexe 1 : Remarques méthodologiques relatives aux données présentées	
Annexe 2 : Statistiques Allemagne	
Annexe 3 : Statistiques Danemark	
Annexe 4 : Statistiques Italie	
Annexe 5 : Statistiques France	
Annexe 6 : Statistiques Espagne	

Introduction

Une maladie professionnelle est un concept juridique, créé à des fins assurantielles (et non de prévention). Sa définition répond à des critères juridiques et non médicaux. Le système d'assurance contre les maladies professionnelles reflète ainsi un compromis social et politique.

Un tel système existe dans la quasi-totalité des pays européens. Il se traduit par une assurance plus ou moins spécifique selon le pays : un organisme distinct, un financement différent des autres assurances sociales, des prestations particulières pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Pourtant, cette assurance spécifique n'est pas toujours bien connue. De nombreux cas de pathologies d'origine professionnelle ne sont pas enregistrés comme tels auprès des organismes d'assurance ad hoc, à cause d'une absence de déclaration de la part de la victime, de son médecin ou de son employeur.

Ce phénomène de sous-déclaration semble largement répandu, de façon plus ou moins prononcée. Il est déploré de manière plus ou moins vigoureuse par les pouvoirs publics, les syndicats et les experts. Il a notamment été évoqué dans le rapport de la Commission européenne sur l'évaluation de la Recommandation 2003/67/CE sur les maladies professionnelles^[1], lors des Débats d'EUROGIP de 2012 portant sur la détection et la reconnaissance des maladies professionnelles en Europe^[2], et dans un rapport en 2002 du Forum européen de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles^[3]. À l'échelon national, la sous-déclaration est dénoncée dans de nombreux articles scientifiques.

Les enjeux d'un système efficace de recueil des déclarations sont pourtant importants à deux titres :

- pour les victimes : les prestations servies par l'assurance contre les risques professionnels sont généralement plus avantageuses (et plus adaptées) que celles servies au titre de la maladie ou de l'invalidité/décès. De plus, une vigilance efficace peut amener à repérer une maladie professionnelle à un stade précoce et contribuer à la traiter à temps ;
- pour définir des priorités de prévention : un décompte fiable des maladies professionnelles est un outil nécessaire aux pouvoirs publics pour cibler les efforts de prévention et se concentrer sur les domaines où les défis sont les plus importants.

Quant aux principales causes de la sous-déclaration, susceptibles de déterminer la nature des solutions à mettre en œuvre, elles sont bien connues et citées par tous les pays concernés : les difficultés techniques à repérer l'origine professionnelle de certaines pathologies (à cause d'une longue période de latence entre le moment de l'exposition au risque et la manifestation de la maladie, ou à cause d'interactions avec des facteurs extraprofessionnels), une connaissance insuffisante des pathologies professionnelles de la part du personnel médical à qui il incombe de les diagnostiquer, mais aussi d'autres motifs liés à l'intérêt relatif pour la victime de voir reconnaître le caractère professionnel de sa pathologie (crainte pour son emploi...).

Au regard de ces constats, EUROGIP a mené des recherches sur la réalité de la sous-déclaration dans quelques pays européens et a recensé des bonnes pratiques visant à lutter contre le phénomène.

[1] "Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects" sur http://www.eurogip.fr/images/publications/EU_Report_Occupational_diseases.pdf

[2] http://www.eurogip.fr/images/documents/266/Actes_DebatsEUROGIP2012_MPEurope.pdf

[3] Enquête sur la sous-déclaration des maladies professionnelles en Europe - décembre 2002 (épuisée).

Le choix des pays étudiés dans le cadre de cette étude s'est porté sur l'**Allemagne**, le **Danemark**, l'**Espagne**, la **France** et l'**Italie**. Ces cinq pays européens ont été choisis car ils sont représentatifs de modèles d'assurance divers mais matures. Quatre d'entre eux portant de l'intérêt à la problématique de sous-déclaration des maladies professionnelles, des informations - tant quantitatives que qualitatives - y sont disponibles. Enfin, ce sont aussi des pays qui mettent à disposition des statistiques d'assurance relativement détaillées, ce qui permet d'analyser la sinistralité par catégorie de pathologies.

Il doit être précisé que cette étude porte sur la sous-déclaration de pathologies éligibles, au regard des législations nationales, à la reconnaissance de leur caractère professionnel et le cas échéant à l'indemnisation des victimes.

Il ne s'agit pas ici de traiter de la bonne ou mauvaise connaissance qu'ont les États de l'ampleur des problèmes de santé au travail sur leur territoire. Toutefois, si cette étude se place dans une optique assurantielle, les procédures de déclaration à caractère obligatoire des maladies dont on soupçonne une origine professionnelle et qui pèse sur certains acteurs (professionnels de santé) y sont évoquées. Ces dernières visent à évaluer de manière empirique l'existence de maladies liées au travail indépendamment de considérations d'assurance, mais les deux procédures sont parfois liées.

Il ne s'agit pas non plus de juger de la "générosité" des systèmes d'assurance et de leur propension à reconnaître plus ou moins facilement les cas déclarés. Les choix d'assurance (pathologies susceptibles d'être reconnues, critères de reconnaissance, indemnisation servie) seront évoqués lorsqu'ils ont un impact sur les volumes de déclaration, mais l'objet n'est pas de débattre de sous-reconnaissance ou de sous-indemnisation.

Cette étude s'articule autour de deux grands axes : un état des lieux sur la déclaration des maladies professionnelles dans les cinq pays sélectionnés et un focus sur la problématique de sous-déclaration dans quatre d'entre eux. Elle offre en première partie une description des procédures de déclaration, puis en deuxième partie des données chiffrées (2011) comparées concernant les maladies professionnelles déclarées et reconnues. La dernière partie est consacrée à l'analyse que chaque pays fait des défaillances de son propre système et aux solutions expérimentées avec succès pour y remédier.

En Espagne, il s'agit d'un épiphénomène pour les assureurs - la sous-déclaration ne dépasserait pas 20 % -, mais pas pour les syndicats - l'ISTAS parle d'un taux moyen de 80 % dans un rapport de 2008.

En France, une commission ad hoc - chargée d'évaluer la part que la Branche "accidents du travail / maladies professionnelles" reverse chaque année à la Branche maladie - a estimé le nombre de cas sous déclarés à environ 20 000 par an en ce qui concerne les TMS et environ 10 000 aussi bien pour les dermatoses que pour les surdités.

En Italie, on estime à 90 % la sous-déclaration des cancers (hors mésothéliomes et tumeurs nasosinuales).

Face à ces constats, ces pays ont développé des initiatives pour lutter contre le phénomène de sous-déclaration. Les exemples présentés dans le rapport ont été choisis en fonction de leur originalité et de leur aspect documenté, mais aussi des évaluations réalisées. Ils portent le plus souvent sur les cancers professionnels.

Au Danemark, l'initiative consiste à croiser les fichiers informatiques issus du Registre des cancers et de l'assureur

ASK. En termes de demandes de reconnaissance, on a ainsi constaté une augmentation de 50 % suite à la mise en œuvre du dispositif.

En France, une expérimentation en région vise à effectuer une recherche proactive des personnes atteintes de tumeurs de la vessie d'origine professionnelle grâce aux données de l'assurance maladie. Les demandes de reconnaissance ont été multipliées par 4,6 dans les 18 mois à 2 ans suivant le début du programme et les reconnaissances en maladies professionnelles ont également augmenté.

En Italie, il s'agit de l'initiative d'un hôpital (département de Brescia) qui permet de rechercher les cas de tumeurs pulmonaires d'origine professionnelle à partir des cas diagnostiqués et soignés dans cet hôpital. Le taux de reconnaissance est passé à 38 % dans ce département sous expérimentation, contre 23 % si l'on se réfère au niveau national.

En Espagne, le logiciel SISVEL permet aux médecins d'être alertés lorsqu'ils sont confrontés à un patient présentant un diagnostic correspondant à l'une des 75 catégories que compte aujourd'hui le logiciel.

1 - Procédures de déclaration des maladies professionnelles dans cinq pays européens

Afin de mieux appréhender les problématiques de déclaration dans les pays étudiés - **Allemagne, Danemark, Espagne, France, Italie** - et l'impact possible de celles-ci sur les statistiques de sinistralité enregistrées par les organismes d'assurance, il est nécessaire de présenter brièvement les procédures de demande de reconnaissance en vigueur dans ces cinq pays.

Il s'agit ici de décrire les procédures nationales par lesquelles une demande est effectuée en vue de faire reconnaître le caractère professionnel d'une pathologie et d'obtenir de l'organisme d'assurance les prestations prévues par la réglementation en vigueur.

Lorsque parallèlement une procédure de déclaration des cas suspects de maladies liées au travail existe, à des fins épidémiologiques cette fois, cette obligation sera signalée.

1.1 Allemagne

La procédure de demande de reconnaissance est ouverte à de nombreux acteurs : le médecin, l'employeur, la victime, ainsi que les organismes d'assurances sociales (les caisses de l'assurance maladie, les organismes d'assurance vieillesse, les agences pour l'emploi). Il s'agit même d'une obligation pour le médecin et l'employeur (en cas de suspicion de maladie professionnelle). Le médecin perçoit de l'organisme d'assurance une rémunération de 20 € par déclaration, quelle que soit l'issue.

La déclaration est à adresser à l'organisme d'assurance accident (*Berufsgenossenschaft*) dont dépend l'entreprise ou à la caisse d'assurance accident du secteur public (*Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand*) dont dépend l'agent public⁽⁴⁾.

En pratique, les médecins sont à l'origine de la plus grande part des déclarations, suivis par les organismes sociaux (20 % environ), les victimes (10 % environ) et les employeurs (3 % environ).

La déclaration peut se faire soit par formulaire papier soit par voie électronique. En effet, depuis le 1^{er} août 2002, une ordonnance concernant les déclarations de maladies professionnelles à l'assurance accident permet de remplir les déclara-

tions en ligne et de les envoyer directement par Internet.

Cette réglementation a également imposé l'uniformisation de la forme et du contenu des déclarations entre toutes les *Berufsgenossenschaften*. Enfin, les formulaires de déclaration ont été considérablement simplifiés et le nombre de champs à renseigner a été réduit.

1.2 Danemark

Au Danemark, tout le monde peut déclarer un cas de maladie suspecté d'être d'origine professionnelle. De fait, les demandes de reconnaissance en maladies professionnelles reposent essentiellement sur le corps médical, en particulier sur les médecins généralistes. Progressivement, davantage sont issues des services hospitaliers.

Depuis 1976, il s'agit même d'une obligation légale pour le médecin ou le dentiste, qui disposent d'un délai de neuf jours à compter de la pose du diagnostic. Dans les hôpitaux et les cliniques, il incombe au médecin ou dentiste dirigeant le service d'établir cette déclaration. Cette obligation n'a été étendue aux médecins spécialistes que le 1^{er} juillet 2010. Elle est assortie d'une sanction qui est devenue de plus en plus stricte au fil des années (amende ou peine d'emprisonnement jusqu'à deux ans).

Tout médecin qui déclare un cas de maladie professionnelle perçoit une gratification de 201 couronnes danoises, soit environ 27 € (taux de change de septembre 2014).

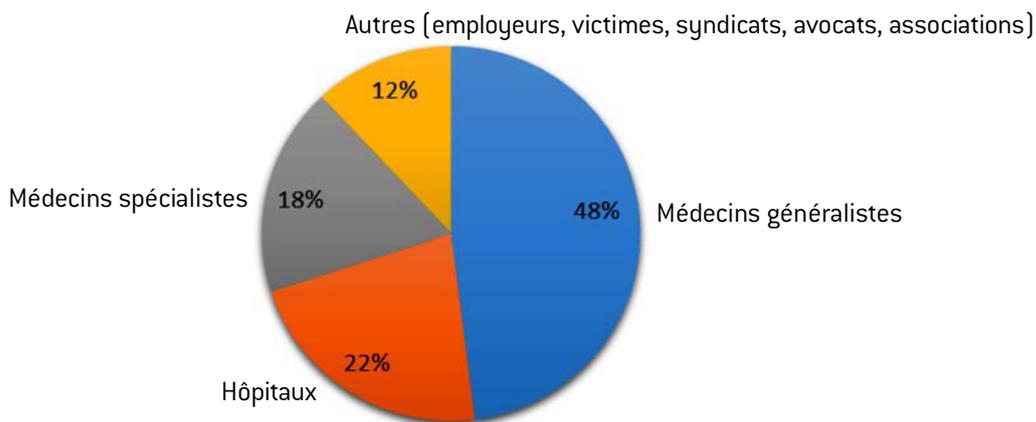
Lors de la déclaration, le consentement de la victime n'est pas nécessaire ; cette dernière pourra néanmoins s'opposer à l'instruction de son cas par l'organisme assureur à un autre stade de la procédure.

Depuis le 1^{er} juillet 2010, la déclaration numérique des maladies professionnelles est obligatoire via le système ESS (*Elektronisk anmeldelse af Erhvervssygdomme*). La voie numérique renforce la qualité des déclarations et réduit la durée de traitement des dossiers lors des procédures d'indemnisation. La déclaration papier reste possible pour les victimes ainsi que pour les employeurs danois situés à l'étranger.

En 2011, 70 % des déclarations se faisaient par voie électronique. Et seulement 15 % des déclarations par formulaire

(4) Pour le secteur privé, les entreprises de l'industrie, du commerce et des services doivent s'affilier à l'une des neuf caisses d'assurance accident (*Berufsgenossenschaft*, BG) dont elles dépendent en fonction de leur secteur d'activité. Les BG sont des associations professionnelles de droit public à gestion paritaire. Pour le secteur public, il existe plusieurs caisses d'assurance accident : une caisse générale par *Land*, ainsi qu'une caisse nationale pour certains corps (administration fédérale, chemins de fer, services postaux et des télécommunications) et quatre caisses des sapeurs-pompiers.

Graphique 1 : Demandes de reconnaissance au Danemark en fonction de leur provenance (2011)



papier provenaient encore de médecins.

Lorsque la déclaration émane d'un médecin, la victime est informée de la réception de cette demande de reconnaissance et de l'instruction qui va s'en suivre. Elle peut s'y opposer, auquel cas son dossier sera codé statistiquement "classé sans reconnaissance".

En 2011, ces refus étaient au nombre de 878, ce qui représente près de 5 % des déclarations. Ils concernaient essentiellement des cas de pathologies psychiques (274), maladies de la peau (155), hypoacusies (161) et cancers (85).

Les déclarations de maladies professionnelles sont envoyées simultanément à deux organismes distincts :

- la Direction nationale des accidents du travail-maladies professionnelles (*Arbejdsskadestyrelsen* - ASK, ou *National Board of Industrial Injuries*), organisme pour lequel la déclaration a valeur de demande de reconnaissance ; l'ASK statue sur la reconnaissance des cas de maladies professionnelles et sur l'indemnisation des victimes ;
- l'Inspection du travail (*Arbejdstilsynet* ou *Danish Working Environment Authority* - WEA), qui tient le Registre des maladies professionnelles déclarées.

Il arrive que les statistiques de déclaration de maladies professionnelles publiées par ces deux organismes diffèrent. Ceci s'explique par le fait que l'organisme assureur ASK comptabilise les autres pathologies éventuellement découvertes pour une même victime durant le processus d'instruction de son cas.

Il convient de préciser que si les prestations pour incapa-

cité temporaire liée à une maladie professionnelle sont à la charge de l'assurance maladie (financée par l'impôt), les statistiques de l'ASK (qui intervient pour sa part en cas d'incapacité permanente et/ou une perte de capacité de gain, ainsi que pour la prise en charge de certaines dépenses médicales) recouvrent bien tous les cas déclarés, quelle que soit la nature des prestations qui seront accordées.

1.3 Espagne

Les systèmes espagnols de déclaration des maladies professionnelles d'une part, de leur enregistrement statistique d'autre part, ont été profondément modifiés en 2007.

Avant 2007, c'était principalement l'employeur qui déclarait à l'organisme assureur de son choix - Mutuas ou Institut National de Sécurité Sociale⁽⁵⁾ - les cas suspectés de maladies professionnelles. Le médecin de famille était également autorisé à le faire ; dans ce cas l'assureur en informait l'employeur.

Pour chaque cas de maladie professionnelle suspectée, l'Inspection du Travail se rendait dans l'entreprise concernée. L'employeur avait donc tout intérêt à déclarer le cas comme un accident du travail (dans cette hypothèse, l'Inspection du Travail ne se déplaçait que si l'accident était grave ou mortel).

Quant à l'enregistrement des maladies professionnelles à l'échelle nationale et à l'élaboration des statistiques, l'existence de plusieurs canaux de remontée d'informations (en

(5) L'employeur a le choix, pour assurer ses travailleurs contre les risques professionnels, de s'affilier auprès de l'une des 20 *Mutuas de Accidentes de trabajo* présentes sur le territoire ou bien auprès de l'Institut National de Sécurité Sociale (*Instituto Nacional de la Seguridad Social*, INSS). Pour le secteur maritime, seul l'*Instituto social de la marina* est compétent et il existe également quelques régimes autonomes. Les Mutuas sont des associations d'employeurs de droit privé sans but lucratif agréées par le ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale. Dans leur grande majorité, les entreprises optent pour une l'une des Mutuas ; ces organismes couvrent aujourd'hui 98 % des employeurs (1 485 854 entreprises), ce qui représentait 94,92 % des travailleurs soit 13 143 990 personnes (données 2011). Les Mutuas ont des compétences qui s'étendent au-delà de l'assurance AT-MP et de la prévention des risques professionnels, puisqu'elles gèrent, si l'employeur le demande, les prestations d'incapacité temporaire en cas de maladie (pour le compte de l'INSS) ainsi que d'autres prestations plus spécifiques (soins aux enfants mineurs souffrant de maladies graves, prestations chômage des travailleurs indépendants...)

provenance des Mutuas, des entreprises] vers le ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale, ainsi que l'absence de gestion informatisée avaient pour conséquence la mise à disposition de statistiques non fiables.

À partir de 2007, une nouvelle réglementation^[6] a réformé le domaine des maladies professionnelles : une nouvelle liste de maladies professionnelles a été adoptée, les acteurs de la déclaration ont changé et un nouveau système d'enregistrement dématérialisé a été mis en place.

Depuis lors, le travailleur, le médecin de famille du Centre de santé auquel le travailleur est affilié en tant que résident^[7], le médecin du travail du service de prévention des risques professionnels dont dépend l'entreprise, et l'employeur lui-même peuvent déclarer un cas suspect de maladie professionnelle à l'organisme assureur (Mutua ou INSS).

Il existe dorénavant une obligation à la charge des médecins du Service National de Santé ou des services de prévention de déclarer les cas de pathologies possiblement professionnelles.

Précisons également que l'Inspection du Travail ne visite plus systématiquement l'entreprise, mais seulement en cas de maladie grave, mortelle ou récurrente, ou sur demande du travailleur ou des syndicats.

La Mutua (assureur de 98 % des entreprises) instruit le cas déclaré et dispose de 5 jours pour statuer. La reconnaissance est automatique dès que la maladie trouve son origine dans l'exposition du salarié aux facteurs et substances associés aux maladies listées [article 116 de la LGSS - Loi générale sur la Sécurité sociale].

Au cas où une enquête approfondie (examens complémentaires) s'avère nécessaire, le délai d'instruction peut être étendu à six mois, renouvelable une fois. En pratique, une décision est rendue sous les cinq jours dans 90 % des cas.

Depuis 2007, le ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale élabore des statistiques de maladies professionnelles nationales d'après un seul flux d'information : les cas reconnus de maladies professionnelles sont transmis par les Mutuas et par l'INSS (en tant qu'assureur) par voie électronique via CEPROSS (*Comunicación de Enfermedades Profesionales, Seguridad Social*). La création de ce système s'est accompagnée d'un important travail de codification des informations transmises.

Ce système d'enregistrement statistique propose trois catégories d'information :

- les cas de maladie professionnelle stricto sensu recon-

nus dans l'année (*partes comunicados*) ;

- les cas de pathologies non-traumatiques causées ou aggravées par le travail^[8] (grâce au système PANOTRATSS créé en 2010 qui recouvre une liste de 16 catégories) ;

- les cas de décisions d'indemnisation d'un préjudice permanent mais non invalidant pour le travail (par un capital), autrement dit d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique.

La complexité du système espagnol d'enregistrement des cas de maladies professionnelles rend la comparabilité des statistiques de ce pays difficile.

Il n'existe pas de statistiques sur le nombre de demandes de reconnaissance parvenues aux assureurs (Mutuas et INSS). Chacune des vingt Mutuas devrait pourtant posséder un décompte des déclarations de la part des différents types de déclarants, mais en pratique elles ne communiquent pas sur ces données.

Les systèmes CEPROSS et PANOTRATSS permettent d'avoir des données relativement fiables sur les cas reconnus.

Il est nécessaire de préciser qu'un certain nombre de cas de MP stricto sensu (*partes comunicados*) transmises par les Mutuas/INSS au ministère (presque 7 % en 2011) est rejeté par ce dernier et subi une requalification en maladies "communes" ou accidents du travail. L'ensemble des informations sur les maladies professionnelles reconnues (variables : géographie, sexe de la victime, âge, secteur d'activité, type de pathologie...) est malgré tout présenté sur la base des *partes comunicados* dans leur ensemble.

1.4 France

C'est la victime qui enclenche la procédure de demande de reconnaissance auprès de l'organisme d'assurance maladie dont elle dépend^[9].

La demande est effectuée par l'envoi d'un formulaire type de déclaration, accompagné du certificat médical descriptif de la maladie établi par le médecin du choix de la victime. Cet envoi doit être fait dans un délai de 15 jours après la cessation du travail ou la constatation de la maladie. Il n'existe pas de procédure électronique pour l'envoi des demandes de reconnaissance.

La CPAM ouvre alors une enquête administrative et médicale et informe l'employeur, le médecin du travail et l'inspecteur du travail.

Bien que la Caisse nationale de l'assurance maladie des

[6] Décret royal n° 1299/2 006 [BOE du 19 décembre 2006]

[7] En Espagne, de manière schématique, chacun résident est rattaché à un centre de santé primaire dans le cadre du Système National de Santé. 90 % de la population fréquente ces centres, les 10 % restant préférant choisir leur médecin en libéral et contracter une assurance privée.

[8] La liste espagnole des maladies professionnelles étant une liste fermée (absence de système complémentaire), il est juridiquement impossible de reconnaître des cas de pathologies non inscrites ; cependant, la création récente du concept de "pathologies non-traumatiques causées ou aggravées par le travail" permet depuis 2010 de reconnaître comme accidents du travail le caractère professionnel de telles pathologies (codées ICD-10), sans toutefois les fusionner avec les statistiques des accidents du travail comme c'était le cas auparavant. Pour la victime, l'indemnisation est identique qu'il s'agisse d'une MP ou d'un AT.

[9] Pour les travailleurs salariés du secteur privé, il s'agit de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

travailleurs salariés (CNAMTS) dispose des chiffres de demandes de reconnaissance (121 410 pour l'année de référence choisie, soit 2011), les statistiques qui seront présentées ci-après et utilisées au titre des déclarations correspondront aux dossiers traités en 2011; cela implique que les demandes de reconnaissance incomplètes (non accompagnées de Certificat médical initial) ont été écartées pour ne retenir que les cas qui ont été instruits pendant l'année de référence, qu'ils aboutissent ou non à une reconnaissance.

Indépendamment de cette procédure de demande de reconnaissance, le médecin a l'obligation de déclarer toute maladie qui, à son avis, présente un caractère professionnel (article L. 461-6 du code de la sécurité sociale). Ces déclarations, faites dans un objectif de veille sanitaire, doivent être transmises au médecin inspecteur régional du travail chargé de l'entreprise où travaille le salarié.

Bien qu'il s'agisse d'une obligation légale, rares sont les médecins qui déclarent des maladies à caractère professionnel. Les quelques signalements proviennent essentiellement des médecins du travail et ont jusqu'ici été partiellement exploités, notamment faute de systématisation et de centralisation^[10].

1.5 Italie

C'est l'employeur qui doit procéder à la demande formelle de reconnaissance en maladie professionnelle auprès de l'INAIL (*Istituto Nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro*).

Il doit, dans les cinq jours qui suivent la réception du certificat médical initial de maladie professionnelle remis par la victime, remplir le formulaire à cet effet soit électroniquement via le site Internet de l'INAIL, soit par courrier à l'unité territoriale INAIL compétente (fonction du domicile de l'assuré). La voie électronique existe depuis 2010 pour tous les travailleurs à l'exception des salariés de l'agriculture, des salariés à domicile et des travailleurs occasionnels. Les sanctions prévues en cas de non-déclaration ou de déclaration erronée par l'employeur sont une amende de 129 € en cas d'absence de mention du numéro identifiant national du travailleur et une amende de 1 290 € à 7 745 € pour un défaut de déclaration, une déclaration tardive, inexacte ou incomplète.

Préalablement, le médecin (généraliste ou du travail) qui a diagnostiqué la maladie doit remettre à la victime un certificat

médical initial de maladie professionnelle et adresser également un certificat médical à l'INAIL dans les dix jours qui suivent sa première consultation avec la victime.

Il faut signaler que dans ce pays, la victime reçoit souvent l'assistance des syndicats, par l'intermédiaire de son *patronato*^[11], en particulier lorsqu'il s'agit d'une demande de reconnaissance d'une maladie hors liste, mais pas seulement.

En plus de cette obligation de type assurantielle, le médecin est tenu de signaler le cas au service du Département de prévention de l'ASL compétente^[12], à la Direction départementale (provinciale) du Travail (inspection du travail) et à l'autorité judiciaire (procureur de la République).

L'INAIL (qui intervient ici en tant qu'organisme ayant absorbé l'ISPESL - *Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro* en 2010) en collaboration avec les Régions (via les ASL) utilisent ces données de déclarations aux fins de surveillance épidémiologique et de prévention. Celles-ci sont notamment exploitées pour l'élaboration de différents registres : système de surveillance MALPROF (pathologies liées au travail dans 14 des 20 régions italiennes), registres des cancers (des mésothéliomes depuis 2000 et des tumeurs nasosinuses depuis 2006, par département).

En conclusion

Il ressort de l'étude des procédures de déclaration que deux logiques différentes sous-tendent les mécanismes de demandes de reconnaissance.

La procédure est ouverte à de nombreux protagonistes dans trois des cinq pays couverts par l'étude. La plupart des déclarations proviennent des médecins, qui sont légalement tenus de déclarer toute pathologie dont ils soupçonnent un lien avec l'activité professionnelle du patient; obligation parfois assortie d'une rémunération symbolique. Ce choix est celui d'une majorité de pays européens (Allemagne, Danemark, Espagne, mais aussi Autriche, Luxembourg, Finlande).

Quelques pays - France et Italie, mais aussi la Belgique, la Suède et la Suisse - laissent l'initiative de la procédure à la seule victime (par l'intermédiaire de l'employeur en Italie et en Suisse).

L'analyse détaillée des statistiques de déclaration ci-après nous révélera que le paramètre de l'origine de la déclaration n'a pas nécessairement d'impact sur le nombre de demandes de reconnaissance recensées par les organismes

[10] Pour en savoir plus : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Maladies-a-caractere-professionnel/Contexte-dispositif-de-surveillance>

[11] Les *Patronati* sont des structures existant au sein de chaque confédération syndicale italienne qui ont pour mission d'accompagner gratuitement les travailleurs dans la défense de leurs droits en matière de sécurité sociale. Leur rôle de service d'utilité publique a été reconnu par l'État italien dès 1947. Il en existe une trentaine, dont les principaux sont l'INCA (de la CGIL) et l'INAS (de la CISL)

[12] Chaque administration sanitaire locale (ASL - *azienda sanitaria locale*) dispose d'un Service de prévention et sécurité sur les lieux de travail, qui est l'organe compétent en matière de prévention des risques professionnels. Entre autres missions, ce service de l'ASL évalue (à l'occasion de la réception d'une déclaration en MP) si l'employeur a respecté la réglementation en matière de santé-sécurité au travail, afin d'écartier son éventuelle responsabilité pénale.

d'assurance des risques professionnels.

En tout état de cause, on ne peut pas ignorer que les médecins jouent un rôle central dans la détection de l'origine professionnelle de la maladie. C'est pour cette raison qu'ils sont destinataires de la plupart des actions de lutte contre la sous-déclaration des maladies professionnelles présentées dans le chapitre 3.

Il apparaît également que les pouvoirs publics ont dans plu-

sieurs pays pour souci de faciliter la procédure en instituant un système de déclaration électronique (Allemagne, Danemark, Italie). Cette tendance est en cours de généralisation.

Quelle que soit la logique qui fonde le système de déclaration et l'outil utilisé, il semble bien que ces systèmes ne fonctionnent pas de manière optimale dans la plupart des pays, puisqu'ils font l'objet de critiques et de tentatives d'amélioration.

2 - Statistiques et analyse des déclarations et reconnaissances de maladies professionnelles

Dans cette partie sont présentées des données chiffrées d'assurance, c'est-à-dire sur les demandes de reconnaissance en maladie professionnelle et sur les cas reconnus.

Il convient d'être très prudent dans les conclusions que l'on peut tirer des comparaisons statistiques entre pays quant aux liens entre niveaux de déclaration et phénomène de sous-déclaration. Tout d'abord parce que les chiffres nationaux sont en partie le reflet de choix d'assurance très divers, mais aussi parce qu'il n'est pas possible d'isoler et de mesurer l'impact de la qualité des conditions de travail et des mesures de prévention de chaque pays sur leur niveau de déclaration de maladies professionnelles.

Quant aux précautions méthodologiques à prendre en compte, elles sont exposées dans l'annexe 1, de même que les données brutes par pays (annexes suivantes).

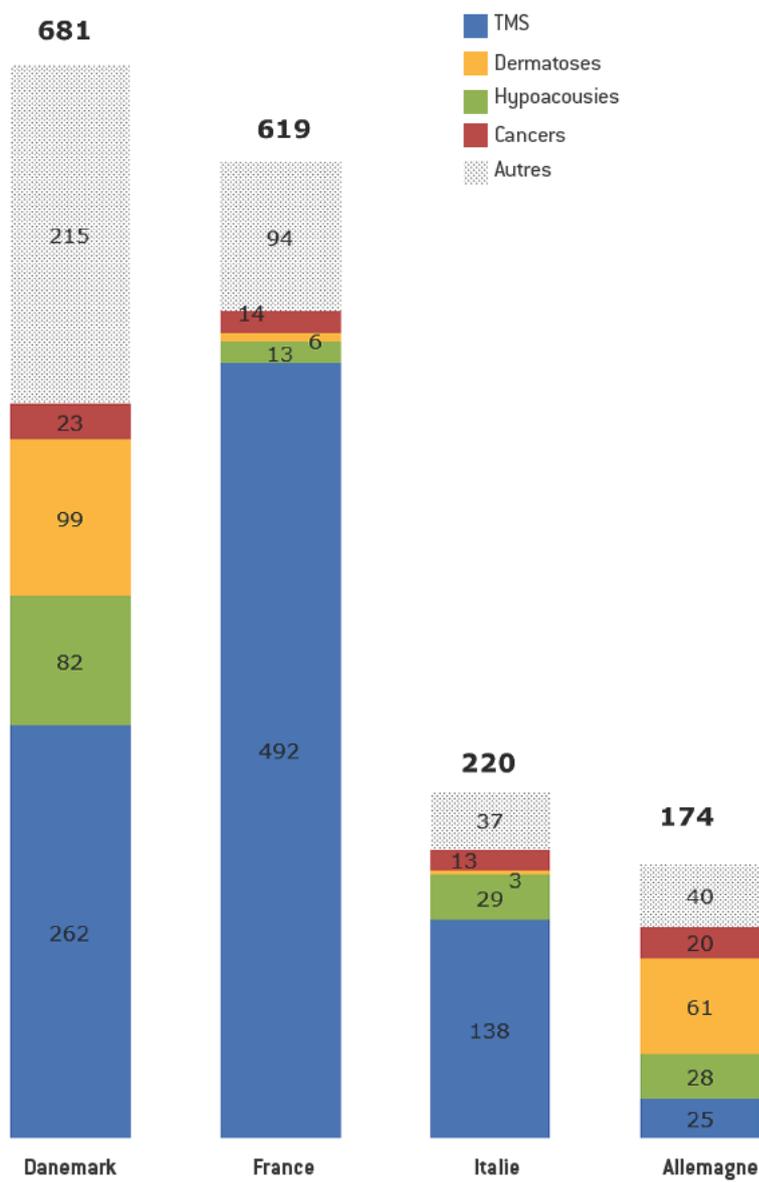
Pour comparer les pays entre eux, indépendamment du nombre d'assurés, les données de sinistralité sont exprimées dans le corps de l'étude sous forme de ratio pour 100 000 assurés. C'est-à-dire que le nombre de cas enregistrés par l'organisme d'assurance à l'origine des statistiques sera rapporté à la population assurée durant l'année considérée par ce même organisme, sachant que cela ne recouvre pas nécessairement les mêmes catégories de travailleurs dans tous les pays (cf. remarques méthodologiques en annexe).

2.1 Demandes de reconnaissance

À défaut de pouvoir comparer les niveaux constatés de déclaration des pays avec les niveaux attendus au regard des estimations issues de la littérature scientifique internationale (études épidémiologiques), il est possible de comparer les pays entre eux afin de tirer des enseignements de cette analyse et d'émettre quelques hypothèses.

Il est rappelé que la demande de reconnaissance (que nous nommerons aussi déclaration) est la procédure effectuée auprès de l'organisme d'assurance qui vise à faire reconnaître le caractère professionnel de la pathologie afin d'ouvrir des droits à la victime ou à ses ayants droit.

Graphique 2 : Demandes de reconnaissance - ratios pour 100 000 assurés - répartition par principales pathologies dans quatre pays européens (2011)



2.1.1 Constats

Des écarts importants quant au nombre de déclarations

On constate un rapport de un à presque quatre entre l'Allemagne, où le nombre de demandes de reconnaissance est le plus faible, et le Danemark, où il est le plus élevé.

La France se situe dans les mêmes ordres de grandeur que le Danemark avec 619 déclarations pour 100 000 assurés, tandis que l'Italie compte trois fois moins de déclarations que ces deux pays de tête.

Un rapport⁽¹³⁾ d'EUROGIP portant sur un échantillon plus large de pays montre qu'en 2006, la Belgique et la Finlande se situaient autour de 220 déclarations pour 100 000 assurés (soit au niveau de l'Italie) et que les ratios du Portugal, de l'Autriche et de la Suisse tournent autour de 100 déclarations.

Au vu des données de ce rapport et de celles dont nous disposons actuellement, le rang des pays est sensiblement resté le même.

Quant à l'Espagne, aucun chiffrage n'est disponible pour les demandes de reconnaissance. On peut malgré tout affirmer que le ratio est supérieur à 190, qui est le ratio des cas reconnus (voir ci-après).

Le caractère plus ou moins ouvert de la procédure de demande de reconnaissance n'a vraisemblablement pas d'incidence

Selon la procédure de demande de reconnaissance auprès de l'organisme d'assurance (cf. chapitre 1), la déclaration relève soit d'une seule personne (la victime en France, l'employeur en Italie mais sur sollicitation de la victime), soit de nombreux protagonistes (en Allemagne, au Danemark et en Espagne); dans ce cas ce sont les professionnels de santé qui, de fait, sont à l'origine de l'essentiel des déclarations.

On peut légitimement se demander si le fait d'ouvrir la démarche à de multiples acteurs constitue un atout en faveur d'une déclaration plus large, moins entravée par le manque de connaissances ou la crainte d'affronter une telle démarche.

Or il ne semble pas exister de corrélation entre le nombre de déclarations et le type de procédure. Les deux pays offrant une même procédure de déclaration ouverte et dont le médecin est la clé de voûte (Allemagne et Danemark) se situent aux antipodes l'un de l'autre dans le rang des déclarations. Quant aux deux pays disposant d'une procédure limitée à une seule personne, la France affiche un ratio presque trois fois plus élevé que l'Italie.

Le rapport d'EUROGIP précédemment cité permet de confirmer sur un échantillon plus large de onze pays cette absence de corrélation : le Luxembourg, le Portugal et l'Autriche qui affichaient en 2006 les ratios les plus bas de l'échantillon ne disposent pas du même type de procédure, de même que la Belgique et la Finlande, qui affichent des ratios médians.

L'impact probable de la publicité du système de prise en charge

Il est certain que plus le système d'assurance contre les

maladies professionnelles est connu des médecins et du grand public, plus les demandes de reconnaissance sont nombreuses. Le Danemark en est une parfaite illustration : ce pays, qui fait de l'information grand public et de la lutte contre la sous-déclaration des maladies professionnelles une priorité depuis plusieurs décennies (cf. chapitre 3), affiche le ratio le plus élevé de tous les pays européens.

Le raisonnement a contrario ne tient pas nécessairement : on ne peut expliquer le faible ratio de l'Allemagne par un manque de sensibilisation du personnel médical (principal déclarant dans ce pays). En effet, dans ce pays comme dans plusieurs autres, les médias portent un intérêt croissant à la question des maladies professionnelles, et des campagnes spécifiques à certaines pathologies sont régulièrement organisées.

On peut donc supposer que d'autres facteurs participent au classement des pays par ratios de déclaration.

L'impact certain de l'attractivité de la démarche pour la victime

L'attractivité peut s'envisager de deux manières complémentaires. Cela peut correspondre à l'intérêt pour la victime de faire reconnaître l'origine professionnelle de sa pathologie, eu égard aux prestations offertes par l'assurance spécifique.

Il faudrait idéalement tenir compte des systèmes d'assurance maladie et invalidité dans chacun des pays, enfin d'apprécier l'attractivité relative pour les victimes. On sait toutefois que partout en Europe, les prestations accordées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont dans leurs grandes lignes plus favorables que celles versées par les assurances maladie/invalidité.

Au regard des seuls systèmes d'indemnisation des maladies professionnelles en vigueur dans les pays considérés⁽¹⁴⁾ et des ratios de déclaration calculés, il est difficile d'apprécier de façon globale l'impact de ce facteur sur le nombre de déclarations.

En revanche, on peut supposer que selon que la victime est atteinte de telle ou telle pathologie, selon qu'elle subit de ce fait uniquement un préjudice physiologique ou également une perte de capacité de gain, et selon le degré d'incapacité permanente qu'elle pense se voir attribuer, son intérêt à obtenir réparation est variable selon le pays (les prestations en nature ainsi que les prestations pour incapacité temporaire étant moins génératrices de disparités entre pays que les prestations pour incapacité permanente).

L'attractivité peut aussi s'entendre comme la connaissance du déclarant des chances que la maladie a d'être reconnue comme professionnelle.

(13) "Les maladies professionnelles en Europe, statistiques 1990-2006 et actualité juridique". Eurogip-34/F - janvier 2009. EUROGIP, avec le Forum européen de l'assurance accident du travail-maladies professionnelles <http://www.eurogip.fr/images/publications/EUROGIP%20MP%20Europe%2034F.pdf>

(14) Pour en savoir plus sur l'indemnisation des victimes d'AT-MP : "Accidents du travail-maladies professionnelles : réparation forfaitaire ou intégrale ? Enquête européenne sur les modalités d'indemnisation des victimes" (juin 2005) EUROGIP - <http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip-21F.pdf>. Voir aussi "Réparation du préjudice permanent subi par les victimes d'AT/MP en Europe" (décembre 2010) EUROGIP disponible sur http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_NoteRPP_59F.pdf

Dans ce cas, il est indéniable que la perception par le déclarant de la propension de l'organisme d'assurance à reconnaître la pathologie déclarée influe sur le nombre de déclarations. Entrent en ligne de compte en premier lieu le contenu de la liste de maladies professionnelles en vigueur dans le pays considéré, mais aussi la force de la présomption attachée à cette liste, ainsi que les critères de reconnaissance servant à instruire chaque cas de pathologie. Dans l'analyse par pathologie, nous verrons que ces paramètres de reconnaissance ont un effet non contestable sur le nombre de déclarations et de reconnaissance de troubles musculosquelettiques (TMS). Étant donné l'importance numérique de ces derniers parmi les maladies professionnelles dans certains pays, ils impactent sensiblement les niveaux globaux de déclaration et/ou de reconnaissance des pays en question.

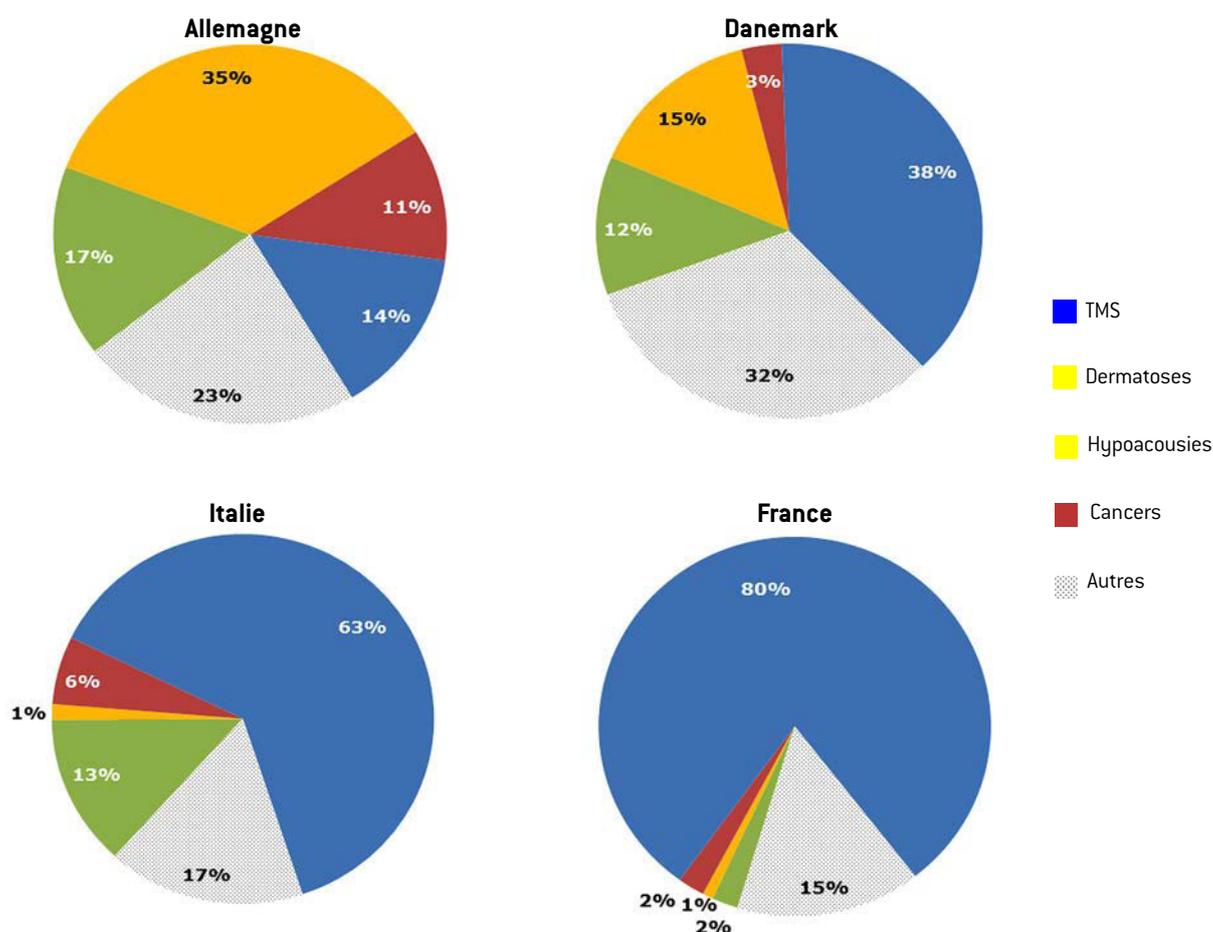
2.1.2 Typologie des déclarations par pathologie

On retrouve dans les différents pays étudiés les mêmes principales pathologies (TMS, hypoacousies, dermatoses, cancers), mais dans des volumes différents.

L'Allemagne et le Danemark affichent une répartition relativement équilibrée des déclarations entre catégories de pathologies. Soulignons toutefois pour l'Allemagne une prépondérance des dermatoses (61 déclarations pour 100 000 assurés, contre autour de 25 pour les TMS, les hypoacousies et les cancers), et pour le Danemark une prépondérance des TMS et de l'ensemble des autres pathologies.

L'Italie et la France se caractérisent par une forte proportion de TMS dans leurs déclarations, respectivement 2/3 et 4/5. Pour ces deux pays, les dermatoses ne représentent presque rien dans l'ensemble des déclarations (1 %), et la part des autres types de maladies est également plus faible qu'en Allemagne ou au Danemark.

Graphique 3 : Répartition par type de pathologies (en %) des demandes de reconnaissance dans quatre pays européens (2011)



Troubles musculosquelettiques (TMS)

Les TMS correspondent à la catégorie de pathologies qui présente la situation la plus contrastée. En 2011, on observe des ratios pour 100 000 assurés qui s'échelonnent entre 25 déclarations en Allemagne et 492 en France, ce qui représente un écart de un à vingt entre ces deux pays. L'Italie et le Danemark se situent en position intermédiaire avec des ratios respectifs de 138 et 262.

Citons également la position de l'Espagne qui, bien que le nombre de déclarations ne soit pas connu pour ce pays, affiche un ratio de reconnaissance des TMS de 129 (voir ci-après), dont on peut déduire un ratio de déclaration nécessairement supérieur.

Bien que dans des volumes différents, les TMS arrivent largement au 1^{er} rang des pathologies déclarées dans quatre des cinq pays étudiés.

C'est sans conteste l'effet "assurance" qui explique les positions extrêmes de l'Allemagne et de la France. En effet, d'une part le contenu des deux listes en termes de TMS et d'autre part l'absence de présomption en Allemagne et au contraire la force de cette présomption en France ont respectivement des effets dissuasif et incitatif à la déclaration.

Ainsi nous verrons que l'Allemagne reconnaît très peu de TMS (3 pour 100 000 assurés en 2011) tandis qu'en France, cette catégorie de pathologie constitue l'essentiel des cas reconnus (ratio de 377 TMS sur 426 MP reconnues).

Soulignons toutefois que l'effet "assurance" n'explique pas inconditionnellement la position de chacun des pays, comme en témoigne le rapprochement entre les déclarations et les reconnaissances de TMS au Danemark. Ce pays affiche un ratio élevé de TMS déclarés en 2011 (262 pour 100 000 assurés, loin derrière le ratio de 492 de la France, mais loin devant les ratios italien et allemand). Mais il est l'un des pays qui en reconnaît le moins (voir ci-après).

On peut supposer que si les déclarations de TMS sont nombreuses dans ce pays, c'est essentiellement en raison de la performance du système danois à détecter les cas potentiellement d'origine professionnelle, grâce à une diffusion efficace de l'information à destination des médecins et à l'obligation qui pèse sur ces derniers de déclarer à l'organisme d'assurance tout cas suspect.

Surdités ou hypoacusies

La surdité ou l'hypoacusie (c'est-à-dire la baisse de l'acuité auditive) est une pathologie que l'on retrouve dans les cinq pays étudiés comme l'une des plus fréquentes.

Cette maladie qui touche essentiellement la classe ouvrière, qui ne peut être soignée mais n'empêche pas de tra-

vailler, est difficilement appareillable. Afin de ne pas perdre son emploi, il semblerait fréquent que la victime attende de partir en retraite pour faire une demande de reconnaissance en surdité professionnelle.

Les ratios de déclaration pour 100 000 assurés se situent dans une même fourchette en France, Allemagne et Italie (respectivement 13, 28 et 29). Le Danemark se distingue avec un ratio de 82 déclarations. C'est aussi le pays dans lequel les hypoacusies sont le plus reconnues (voir ci-après). Pourtant, une approche comparée des critères de reconnaissance en vigueur dans plusieurs pays européens⁽¹⁵⁾ nous montre qu'il n'est pas plus facile de faire reconnaître un cas d'hypoacusie au Danemark qu'ailleurs (certes il n'existe pas de critère de sévérité quant au déficit audiométrique, mais ce déficit doit être bilatéral et l'exposition au risque doit avoir duré 5 ans). On peut supposer que c'est parce que les demandes de reconnaissance sont nombreuses au Danemark que les reconnaissances le sont aussi.

Il est également possible que le fait que les prestations financières offertes soient, pour cette pathologie, plutôt plus avantageuses que dans d'autres pays a un impact sur le nombre de déclarations.

Dermatoses

C'est à nouveau le Danemark qui affiche le ratio le plus élevé de l'échantillon de pays étudiés (99 déclarations pour 100 000 assurés), suivi par l'Allemagne (61 déclarations). La France et l'Italie arrivent loin derrière, avec des ratios respectifs de 5 et 3.

Les données de reconnaissance pour ces pathologies sont le reflet des données de déclaration.

En Allemagne, il faut signaler que les dermatoses sont une priorité de prévention pour l'assureur contre les risques professionnels, la DGUV, et ce depuis de nombreuses années. En 2005, plus d'un tiers des maladies professionnelles reconnues étaient des maladies de peau, et leur coût économique était évalué à 1,25 milliard d'euros.

La prévention des dermatoses constituait l'une des trois priorités de la Stratégie commune de prévention 2008-2012 (*Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie - GDA*).

En 2007, la DGUV a lancé une campagne de prévention d'une envergure sans précédent qui avait pour slogan "Ta peau. Les 2 m² les plus importants de ta vie"⁽¹⁶⁾. Cette initiative, qui s'est déroulée sur deux ans, a été menée en collaboration avec l'assurance maladie ; elle visait à toucher un très large public, aussi bien dans la vie courante que dans le cadre du travail. De nombreux organismes ont participé à cette campagne (*die Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie, der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte, der Verband*

[15] Voir pages 29 et 30 du rapport cité en note 13

[16] "Deine Haut. Die wichtigsten 2m² deines Lebens" - <http://www.dguv.de/de/Pr%C3%A4vention/Kampagnen-Veranstaltungen-und-Projekte/Pr%C3%A4ventionskampagnen/Pr%C3%A4ventionskampagne-Haut/index.jsp>

Deutscher Sicherheitsingenieur...

Cette campagne ayant eu un énorme retentissement dans les médias (prix des campagnes institutionnelles *Health Media Award* 2008 et *Politikaward* 2007), elle a permis d'attirer l'attention sur les maladies de peau et de sensibiliser la population durablement sur la nécessité de se protéger. Il semble qu'elle ait également eu pour effet d'inciter à la déclaration en maladie professionnelle : les demandes de reconnaissance de dermatoses ont ainsi enregistré une hausse de 65 % entre 2006 et 2011.

Cancers

Les cancers professionnels sont des pathologies statistiquement moins représentées que les TMS, les dermatoses et les hypoacusies, mais leur gravité et la difficulté à en détecter l'origine professionnelle justifient que l'on s'y intéresse de manière prioritaire.

Les ratios de déclaration sont comparables en France et en Italie (entre 13 et 14 cas pour 100 000 assurés). L'Allemagne et le Danemark se situent un peu au-dessus, avec des ratios respectifs de 20 et 23.

Une étude d'EUROGIP^[17] de 2010 sur les cancers professionnels en Europe ayant montré que les listes nationales de maladies professionnelles étaient homogènes en matière de cancers, et les prestations servies par les organismes assureurs en cas de pathologies graves ne présentant pas de différences substantielles, l'explication du meilleur ratio danois est à rechercher dans la priorité que ce pays s'est donnée depuis de nombreuses années de détecter systématiquement ces pathologies (cf. chapitre 3).

Au-delà des ratios, les cancers sont les seules pathologies professionnelles pour lesquelles une majorité de pays s'accordent à dire qu'elles sont grandement sous-déclarées. Les principales explications partagées par tous sont à rechercher dans la longue période de latence entre l'exposition au risque et l'apparition des symptômes (20-40 ans) et leur caractère multifactoriel. Ces éléments rendent l'établissement d'un lien avec l'activité professionnelle (passée lorsque la victime est retraitée) difficile pour le médecin.

2.2 Reconnaissances

2.2.1 Constats

Cette étude porte sur la sous-déclaration des maladies professionnelles, c'est-à-dire sur le défaut de capacité d'un système d'assurance à recueillir tous les cas de pathologies potentiellement d'origine professionnelle. Elle n'a pas pour objet de juger de la "générosité" des différents systèmes d'assurance,

de leur capacité à reconnaître le plus grand nombre de pathologies ou d'offrir les prestations les plus avantageuses.

Il serait toutefois naïf d'envisager les données de déclaration des pays étudiés sans les mettre en perspective avec les données de reconnaissance. En effet, il est probable que les réglementations et pratiques de reconnaissance (listes de maladies professionnelles susceptibles d'être reconnues, conditions de reconnaissance, type d'instruction...), voire la réglementation relative à l'indemnisation impactent le nombre de déclarations de cas suspectés. En d'autres termes, le comportement des déclarants peut avoir tendance à s'ajuster en fonction des chances que la démarche a d'aboutir et de l'intérêt que représente la reconnaissance du caractère professionnel de la pathologie.

Rappelons ici que ni les listes nationales de maladies professionnelles ni les critères légaux de reconnaissance appliqués par les organismes d'assurance ne font l'objet d'une réglementation communautaire contraignante. Il existe certes la Recommandation de la Commission européenne du 19 septembre 2003, qui comporte en annexe une liste européenne de MP (rédigée, qui plus est, en des termes génériques), mais celle-ci n'a qu'une valeur indicative.

Le contenu des listes nationales, la force de la présomption légale attachée à chaque liste, ainsi que les critères médicaux, administratifs et d'exposition appliqués durant l'instruction et conditionnant la reconnaissance relèvent donc uniquement de choix nationaux d'assurance.

Or, même si l'on observe une certaine homogénéité pour certaines catégories de pathologies (notamment les cancers), ces listes et ces critères varient sensiblement d'un pays à l'autre.

Il faut toutefois se garder de corrélér systématiquement le niveau de déclaration avec le niveau de reconnaissance d'un pays. Nous allons voir ci-après que l'influence du second sur le premier ne se vérifie que pour certaines pathologies, et pas nécessairement dans tous les pays.

Ce ne sont pas nécessairement les pays qui enregistrent le plus de déclarations qui reconnaissent le plus de MP

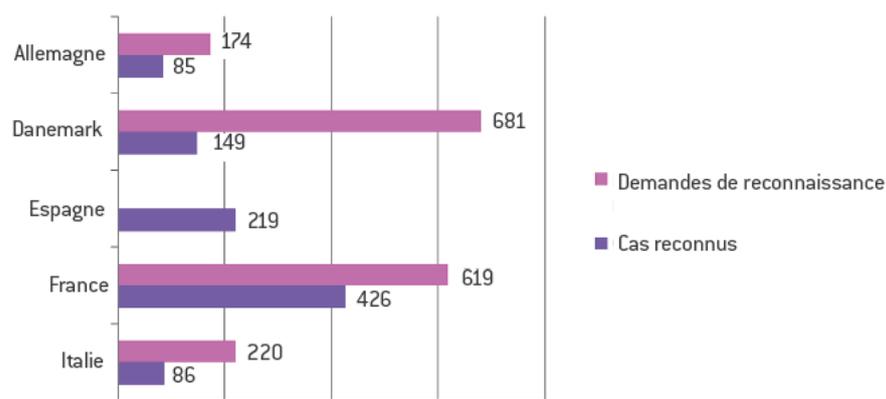
En termes de reconnaissances, la France devance amplement les quatre autres pays avec un ratio de 426 reconnaissances pour 100 000 assurés, suivie de l'Espagne (ratio de 192). Le Danemark, qui se caractérise par le fait qu'il est le pays de l'échantillon qui enregistre le plus grand nombre de déclarations, n'arrive qu'en 3^e position pour les reconnaissances.

L'Italie et l'Allemagne se retrouvent en fin de classement, comme c'est également le cas en matière de déclarations.

Le rapport EUROGIP de 2008 (cf. note 13 p. 14) qui présentait des statistiques de l'année 2006 nous montre que le classement des pays qui reconnaissent le plus de maladies professionnelles est resté sensiblement le même en 5 ans.

[17] "Cancers d'origine professionnelle : quelle reconnaissance en Europe" - EUROGIP - avril 2010
http://www.eurogip.fr/images/publications/EUROGIP_RapportRecoCancerspro_49F.pdf

Graphique 4 : Ratios de déclaration et de reconnaissance par pays pour 100 000 assurés (2011)



Tous types de pathologies confondus, les taux de reconnaissance (c'est-à-dire la proportion de cas reconnus sur le nombre de déclarations) sont très variables selon les pays : 22 % au Danemark, 40 % en Italie, 49 % en Allemagne (si l'on tient compte des maladies non formellement reconnues ; 26 % si on ne retient que les cas formellement reconnus) et 69 % en France.

Des écarts importants entre pays, essentiellement dus aux TMS

On constate un écart de un à cinq entre la France, qui reconnaît le plus de maladies professionnelles, et l'Allemagne et l'Italie qui en reconnaissent le moins.

Deux explications à cela : l'ampleur et la typologie des demandes de reconnaissance dans chaque pays, mais aussi les paramètres assurantiels en vigueur dans chacun d'entre eux.

C'est la part prépondérante des TMS dans l'ensemble des cas reconnus qui place la France et l'Espagne en tête des pays qui reconnaissent le plus de maladies professionnelles. Sans cette catégorie de pathologies, l'Espagne serait dernière du classement et la France en seconde position derrière le Danemark.

2.2.2 Typologie des reconnaissances par pathologie

On retrouve logiquement les mêmes principales pathologies que pour les demandes de reconnaissance : les TMS, les hypoacusies, les dermatoses et, dans une moindre proportion, les cancers.

La France, l'Italie et l'Espagne se caractérisent par une

forte, voire très forte, proportion de TMS au sein de leurs cas reconnus (lombalgies comprises, autour des 2/3 pour l'Italie et l'Espagne, presque 90 % pour la France).

L'Allemagne et le Danemark affichent, comme c'est aussi le cas pour les demandes de reconnaissance, une répartition plus équilibrée des cas reconnus entre catégories de pathologies. Les dermatoses arrivent en première position des maladies les plus fréquemment reconnues.

TMS

“Troubles musculosquelettiques” (TMS) est un terme générique qui désigne un ensemble de pathologies inflammatoires et dégénératives de l'appareil locomoteur, qui affectent les muscles, les tendons ainsi que les nerfs des membres et de la colonne vertébrale.

S'agissant des pathologies susceptibles d'être reconnues par l'organisme d'assurance, ce terme “TMS” recouvre des réalités très différentes selon les pays.

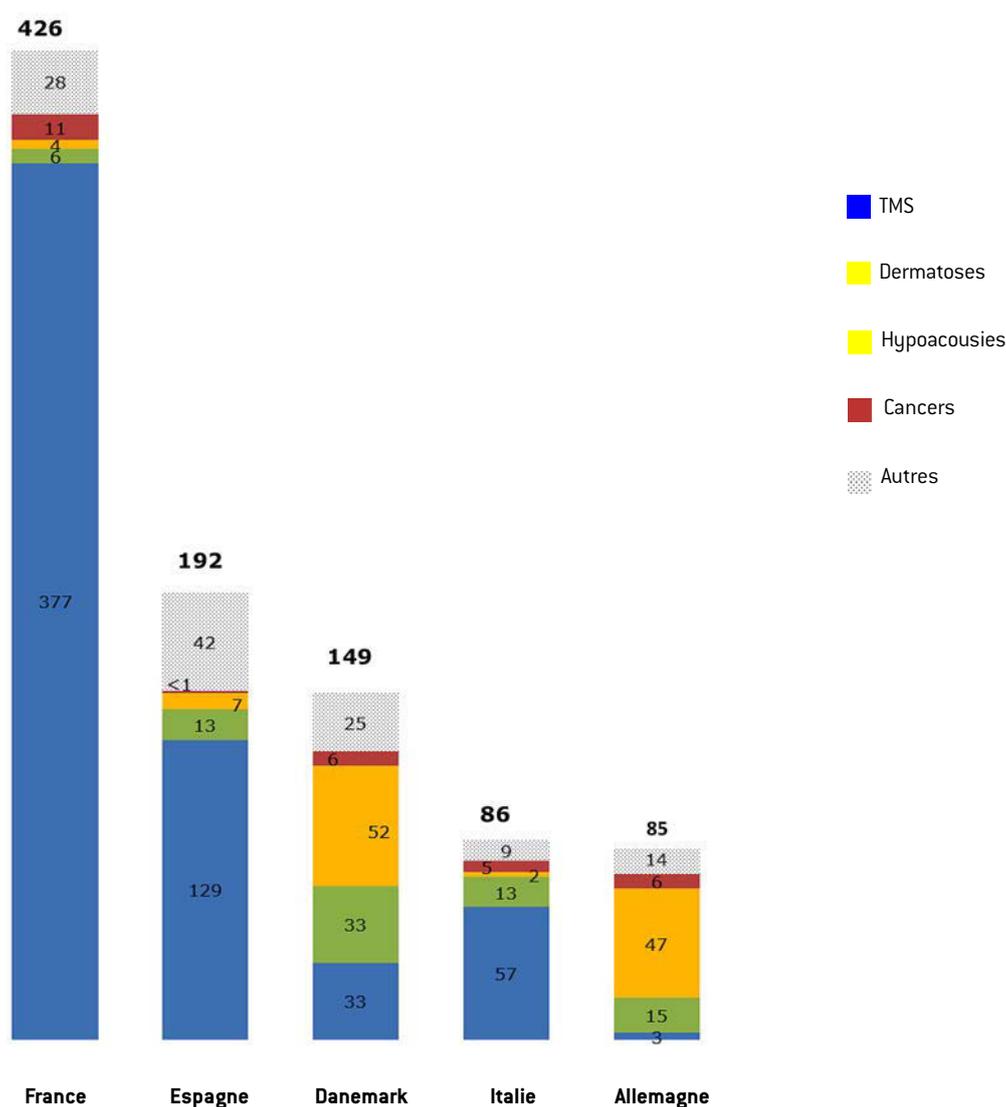
Les TMS (lombalgies comprises) sont reconnus dans des proportions très inégales sur l'échantillon de pays étudiés : 3 cas pour 100 000 assurés en Allemagne en 2011, 33 cas au Danemark, 57 en Italie, 129 en Espagne et 377 en France.

Or il s'agit de la catégorie de pathologies qui fait l'objet des plus fortes disparités réglementaires (contenu des listes et critères de reconnaissance) et sur laquelle la diversité des pratiques d'instruction a le plus d'impact.

Il n'existe, à ce jour, aucune étude européenne qui permet de comparer, TMS par TMS, les conditions de reconnaissance et d'apprécier l'impact de celles-ci sur les déclarations et les cas reconnus dans chaque pays^[18].

[18] Travaux en cours au sein du Groupe de travail “Maladies professionnelles” du Forum européen de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, coordonné par EUROGIP (rapport à paraître en 2015)

Graphique 5: Cas reconnus - ratios pour 100 000 assurés - répartition par principales pathologies dans cinq pays européens (2001)



Mais l'on sait que si de nombreux TMS figurent dans toutes les listes nationales de maladies professionnelles, ils le sont sous des intitulés plus ou moins génériques et plus ou moins restrictifs.

En France, les TMS stricto sensu font l'objet des tableaux de MP 57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail), 69 (vibrations et choc transmis par certaines machines-outils, outils et objets tenus à la main), 79 (lésions chroniques du ménisque), et les lombalgies des tableaux 97 (vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier) et 98 (manutention manuelle de charges lourdes). Comme c'est le cas pour tous les tableaux français de maladies professionnelles, les critères de reconnaissance y sont énumérés de manière relativement précise, qu'il s'agisse de critères médicaux ou de conditions d'exposition au risque. Or si ces conditions sont remplies, la maladie sera quasi automatiquement

reconnue par l'organisme assureur. Cette présomption d'imputabilité professionnelle attachée aux tableaux français est particulièrement favorable à la victime dans le cas des TMS, dans la mesure où même s'il s'agit par nature de pathologies plurifactorielles, cette part d'origine non professionnelle, quelle que soit son ampleur, n'affectera pas la décision positive de reconnaissance à partir du moment où les critères sont remplis.

Les très forts ratios français de TMS déclarés et de TMS reconnus sont sans conteste la conséquence de ces paramètres.

En Allemagne, la liste de maladies professionnelles comprend une dizaine d'intitulés génériques correspondant à des TMS; seule l'arthrose du genou, inscrite depuis le 1^{er} juillet 2009, contient des critères précis de reconnaissance. Pour tous les autres TMS, les demandes de reconnaissances sont instruites au cas par cas selon des critères basés sur l'état des connaissances scientifiques. Il n'existe pas de présomp-

Le type d'instruction et les conditions très strictes de reconnaissance des TMS sont sans aucun doute à l'origine du fort taux de rejet des cas instruits, puisque seuls 10 % environ des demandes de reconnaissance aboutissent à une décision positive. Et la faiblesse du nombre de cas reconnus n'encourage pas les demandes de reconnaissance (17 demandes pour 100 000 assurés).

Enfin, le seuil de 20 % d'incapacité permanente nécessaire pour ouvrir droit à une rente en Allemagne n'est pas non plus un paramètre qui motive à la déclaration.

Hypoacusies

L'hypoacousie fait l'objet d'un niveau de reconnaissance comparable dans quatre des pays étudiés : 6 cas reconnus pour 100 000 assurés en France, 13 en Espagne et en Italie, 15 en Allemagne. Le Danemark, qui en reconnaît en moyenne 3 fois plus, fait figure d'exception.

Les critères de reconnaissance de l'hypoacousie sont comparables dans tous les pays, ce qui se traduit par des taux de reconnaissance de cette pathologie sensiblement égaux (entre 40 % au Danemark et 50 % en Allemagne). L'importance des hypoacusies reconnues au Danemark peut sans doute s'expliquer par le fait que c'est aussi le pays qui enregistre le plus grand nombre de demandes de reconnaissance pour cette pathologie (82 demandes pour 100 000 assurés, contre 13 en France, 28 en Allemagne et 29 en Italie).

Dermatoses

Les dermatoses sont faiblement reconnues comme faiblement déclarées en France, en Italie et en Espagne (le ratio de reconnaissance oscille entre 2 cas pour 100 000 assurés en Italie et 7 cas en Espagne). En revanche, elles sont reconnues massivement dans les autres pays où elles sont déclarées en nombre : 47 cas reconnus pour 100 000 assurés en Allemagne et 52 au Danemark.

Il faut préciser que le ratio allemand recouvre tous les cas de dermatoses pour lesquels un lien avec l'activité professionnelle a été reconnu par l'organisme assureur, c'est-à-dire y compris les cas pour lesquels seules des prestations de soins et de prévention individuelle sont financées^[20], faute de gravité telle que l'exposition au risque ne nécessite l'abandon par le travailleur de son activité professionnelle. Si l'on exclut ces cas "informellement reconnus" pour ne retenir que les cas pour lesquels la

victime reçoit réparation^[21], ce ratio tombe à 1 cas pour 100 000 assurés. Cela laisse penser que ce n'est pas l'attractivité pour la victime du système allemand d'indemnisation qui encourage la déclaration de dermatoses, mais plus vraisemblablement la bonne connaissance que les médecins ont de la possible origine professionnelle de ce type de pathologies (puisque ce sont essentiellement eux qui déclarent en Allemagne).

Pour les autres pays, il est en pratique impossible de comparer les conditions de reconnaissance des dermatoses tant ces pathologies sont diverses et causées par des agents pathogènes variés.

Cancers

Les cancers sont reconnus dans des proportions comparables au Danemark, en Italie et en Allemagne (entre 5 et 6 cas reconnus pour 100 000 assurés).

La France affiche un ratio de reconnaissance deux fois plus élevé que ces pays (11 cas), pour un niveau de déclaration égal à celui de l'Italie mais inférieur à celui de l'Allemagne (20 cas) et du Danemark (23 cas).

Bien que l'on ne connaisse pas les statistiques de déclarations en Espagne, ce pays se distingue par un ratio de reconnaissance extrêmement faible par rapport aux autres pays (75 cas reconnus en 2011 pour un pays qui compte plus de 15 millions d'assurés, soit un ratio de 0,24), et ce alors qu'aucune explication d'ordre juridique ne peut être avancée. La sous-déclaration des cancers professionnels dans ce pays ne fait aucun doute, dans des proportions sans commune mesure avec les autres pays étudiés.

Les différentes structures des nomenclatures statistiques des cinq pays analysés rendent extrêmement difficile une analyse comparée des déclarations et des reconnaissances en cancers professionnels.

Des estimations sur la base des données disponibles permettent toutefois d'affirmer que les mésothéliomes et les cancers de la vessie sont déclarés et reconnus dans des proportions grossièrement comparables en Allemagne, au Danemark, en France et en Italie. Il en va de même pour les cancers des fosses nasales, exception faite au Danemark où ils font l'objet avec le mésothéliome d'un repérage et d'une déclaration systématiques, et sont plus déclarés que dans les autres pays.

Ce sont les cancers bronchopulmonaires liés à l'amiante qui sont à l'origine du classement en première position de la France dans la reconnaissance des cancers professionnels. Cette pathologie représente en effet plus de la moitié des déclarations

[20] Pour les cas dermatoses insuffisamment handicapants pour obliger la victime à abandonner son emploi, les prestations préventives se décomposent essentiellement en mesures de réadaptation médicale, en mesures de prévention au poste de travail, en mesures pédagogiques en matière de santé. Les actions et mesures mises en œuvre permettent de réduire les prestations pour recyclage. En effet, dans le contexte économique actuel, la réorientation professionnelle n'apparaît plus aussi prometteuse qu'auparavant et le maintien dans l'emploi - moyennant des mesures d'adaptation - est privilégié.

[21] En Allemagne, seules les maladies de peau graves ou récidivantes qui obligent la victime à cesser toutes les activités susceptibles d'avoir causé, aggravé ou réactivé ces maladies peuvent être formellement reconnues et ouvrir éventuellement droit au versement d'une rente.

en cancers professionnels dans plusieurs pays (50 % en Allemagne, 60 % en France). Or les décisions positives sont en France beaucoup plus nombreuses que dans les autres pays, à niveau de déclaration comparable. Le ratio de reconnaissance y est de 6,7 cas reconnus pour 100 000 assurés, contre 2 en Allemagne et 1,2 en Italie.

Ceci s'explique vraisemblablement par le fait que les conditions de reconnaissance de cette pathologie y sont plutôt plus ouvertes que dans les autres pays⁽²²⁾. La liste française de MP exige en effet une exposition de 10 années à l'amiante mais n'impose pas de critère d'intensité de l'exposition. En Allemagne, un cancer bronchopulmonaire lié à l'amiante ne peut être reconnu que s'il est associé à une asbestose, ou à une autre pathologie pleurale, ou bien encore s'il résulte d'une exposition avérée aux poussières d'amiante à une dose cumulée d'au moins 25 fibres/année sur le lieu de travail; depuis 2009, cette pathologie peut être également reconnue si elle est due à l'action conjointe de l'amiante et d'hydrocarbures aromatiques polycycliques.

En conclusion

Si l'on postule que les niveaux d'exposition aux risques professionnels sont comparables en Allemagne, au Danemark, en Espagne, France et Italie, on devrait théoriquement constater des ratios de déclaration de maladies professionnelles d'un même ordre de grandeur. Or ce n'est pas le cas.

Les graphiques montrent que le Danemark enregistre sensiblement plus de déclarations que les autres pays.

Les taux de reconnaissance étant plutôt plus faibles au Danemark que dans les autres pays, il semblerait que ce ne soit pas (seulement) la perspective d'une reconnaissance, et le cas échéant d'une indemnisation, qui encourage ou non les déclarants à engager la démarche de demande de reconnaissance.

Les hauts niveaux de déclaration danois pourraient bien être la conséquence de l'efficacité du système dans son ensemble :

- initiative de la démarche confiée essentiellement au médecin, c'est-à-dire à la personne qui a les connaissances suffisantes pour faire le lien entre la pathologie et l'activité professionnelle ;
- incitations à déclarer à destination de ce médecin (financière mais aussi légale) ;
- facilitation de la démarche par la voie électronique ; priorité faite à la lutte contre la sous-déclaration par les pouvoirs publics, qui se traduit notamment par la création d'un système proactif de détection des cancers professionnels et par des études et rapports sur le sujet.

Par ailleurs, on peut observer que ce pays arrive aussi en première position pour les reconnaissances de deux des quatre catégories de pathologies professionnelles les plus fréquentes étudiées : hypoacusies et dermatoses. On peut

avancer l'hypothèse que ce grand nombre de reconnaissances est la conséquence du grand nombre de déclarations ; sauf quand des paramètres d'assurance (c'est-à-dire les possibilités de prise en charge de la maladie par l'assureur) viennent sensiblement filtrer les demandes, ce qui se vérifie pour les pathologies multifactorielles (cancers, TMS).

La seconde observation appelée par la lecture de ces graphiques concerne la France : ce pays affiche un bon ou meilleur niveau de déclaration (comparativement aux autres pays) pour les pathologies que ce pays reconnaît mieux qu'ailleurs (c'est-à-dire pour lesquelles le taux de reconnaissance est plus élevé). Pour les TMS, le grand nombre de déclarations est sans doute une conséquence du grand nombre de reconnaissances. Il faut rappeler que l'existence d'une forte présomption d'imputabilité attachée à la liste française de maladies professionnelles facilite grandement la reconnaissance des pathologies multifactorielles, à l'inverse de pays comme l'Allemagne et le Danemark, où la recherche au cas par cas du lien entre la pathologie et l'activité professionnelle lors de la phase d'instruction aboutit à de nombreux rejets.

Concernant les hypoacusies et les dermatoses, on observe que, bien que les taux de reconnaissance français ne soient pas inférieurs à ceux des autres pays, les déclarations sont comparativement moins nombreuses.

L'Allemagne se caractérise quant à elle par un niveau de déclaration de TMS particulièrement bas. L'on sait qu'en l'état actuel des conditions réglementaires de reconnaissance des TMS et du mode d'instruction, cette catégorie de pathologies n'est pas appelée à être davantage prise en charge dans ce pays par l'assurance AT-MP.

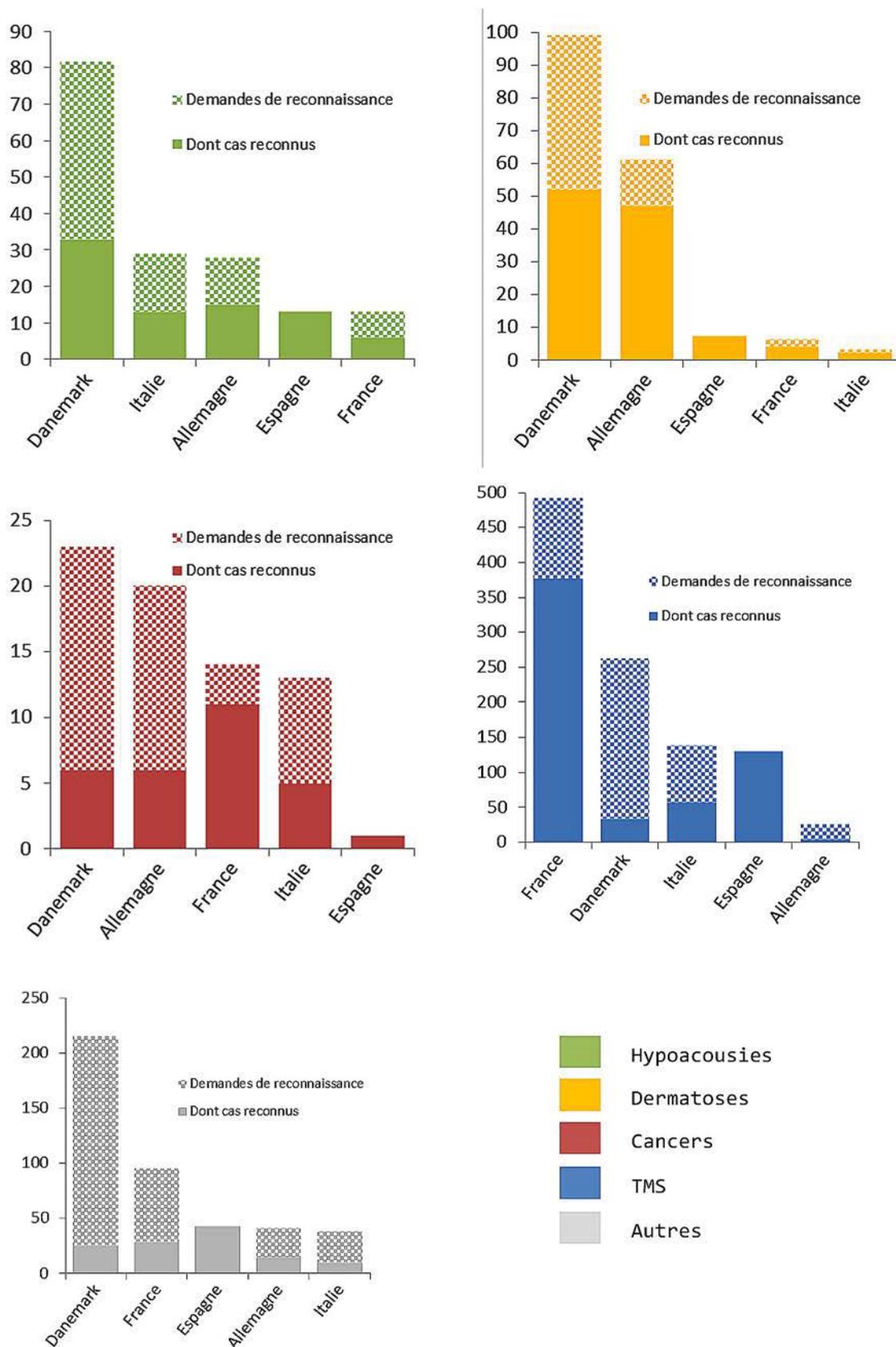
Il n'est pour autant pas opportun de parler ici de sous-déclaration. En effet, les (bons) ratios allemands montrent que le médecin (acteur principal de la déclaration en Allemagne) est tout à fait capable de détecter la possible origine professionnelle des autres catégories de pathologies : ce pays arrive en deuxième position pour les déclarations d'hypoacusies (avec l'Italie), de dermatoses et de cancers. Concernant les TMS, il semble que le médecin anticipe le rejet probable du cas par l'assureur et renonce à déclencher la procédure.

L'Italie se situe pour sa part dans la moyenne basse du classement, et se caractérise par une prépondérance des TMS au sein des déclarations reçues par l'INAIL ; le nombre de TMS déclarés connaît une croissance exponentielle, surtout depuis leur intégration à la liste des maladies professionnelles en 2008.

Il est difficile de tirer des conclusions des ratios espagnols, en l'absence de données sur les déclarations faites aux organismes assureurs. Il ne fait toutefois pas de doute que ce pays connaît une forte sous-déclaration des cancers professionnels, que même des expériences locales innovantes de détection des maladies professionnelles (voir chapitre 3) semblent impuissantes à combattre.

[22] Voir aussi "Les maladies professionnelles liées à l'amiante en Europe" (mars 2006) EUROGIP. <http://www.eurogip.fr/images/publications/EUROGIP-24F-MPamiante.pdf>

Graphique 7 : Ratios de déclarations et de reconnaissance par pathologie dans cinq pays européens (2011)



3 - Lutte contre la sous-déclaration des MP au Danemark, en Espagne, en France et en Italie

Des cinq pays européens étudiés précédemment, quatre font l'objet de cette partie. En effet, tandis qu'en Allemagne le phénomène de sous-déclaration est perçu comme étant marginal, au Danemark, en Espagne, en France et en Italie, il est admis qu'un nombre significatif de maladies professionnelles échappe à la déclaration. Les causes sont multiples :

- le manque d'information et de formation des médecins généralistes sur les pathologies professionnelles, d'où leur manque d'intérêt à rechercher une éventuelle étiologie professionnelle de la maladie ; à leur décharge, ces médecins ne connaissent souvent pas le poste de travail de leur patient et certaines pathologies - comme les cancers - ont souvent un caractère multifactoriel et surviennent de nombreuses années après l'exposition, ce qui ne facilite pas l'établissement d'un lien avec la profession de la victime ;

- le manque d'information des salariés sur leur éventuelle exposition à des risques et sur le système d'assurance spécifique aux maladies professionnelles ;

- la crainte du salarié de perdre son emploi ;
- la complexité et la longueur de la procédure, les difficultés à apporter la preuve de l'exposition au risque dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance.

D'autres explications sont possibles en fonction du pays et des contraintes liées à son système de déclaration.

Les quatre pays couverts ici ont manifesté, et manifestent encore, un intérêt pour la problématique de sous-déclaration des MP. Ils ont même souvent tenté de mesurer son ampleur (cf. 3.1). Logiquement, ils ont également mis en œuvre des actions expérimentales de lutte contre le phénomène (cf. 3.2).

3.1 Constats nationaux : causes et ampleur du phénomène

La dénonciation du phénomène de sous-déclaration a fait l'objet de rapports ad hoc au Danemark et en France. Elle est formalisée en Espagne et en Italie, de manière plus sporadique.

Danemark

Le Danemark est un pays qui s'intéresse de façon prioritaire à la sous-déclaration des maladies professionnelles et ce depuis plusieurs décennies. Trois études publiées en 1990, 1996 et 2007 ont permis de montrer l'existence de ce phénomène et de le quantifier, en particulier pour les cancers professionnels. Et un récent rapport de 2012, portant spécifiquement sur le phénomène de sous-déclaration des MP, aborde la problématique sous l'angle qualitatif et quantitatif.

Trois études sur la sous-déclaration des cancers professionnels

Chacune des études visait à mesurer, sur des périodes successives et pour deux types de cancers choisis pour leur lien bien connu avec une exposition professionnelle, l'écart entre le nombre de cas enregistrés auprès du Registre du Cancer⁽²³⁾ et le nombre de cas déclarés à l'Inspection du Travail ou à la Direction nationale des accidents du travail et des maladies professionnelles⁽²⁴⁾.

Elles ont porté sur deux pathologies pour lesquelles les médecins, a fortiori les spécialistes chargés de ces cancers, sont censés connaître leur lien avec une exposition professionnelle. Il s'agit du mésothéliome pleural causé par l'amiante d'une part, d'adénocarcinome des fosses nasales et des sinus lié aux poussières de bois d'autre part.

La première étude de 1990⁽²⁵⁾ estimait que sur la période 1983-1987, la sous-déclaration de ces deux types de cancers était d'environ 50 %. En effet, seuls 92 des 268 (34 %) cas enregistrés auprès du Registre des cancers avaient été déclarés, alors que les conclusions de l'étude affirmaient que 191 d'entre eux auraient dû l'être.

Cette étude avait également porté sur la qualité des dossiers médicaux détenus par les services hospitaliers sur les patients diagnostiqués en 1986 et 1987. Sur 81 dossiers étudiés, 51 n'avaient pas fait l'objet d'une déclaration à l'Inspection du Travail/Direction nationale des AT-MP.

[23] Le Registre du cancer danois est administré par l'Office national de la santé (Sundhedsstyrelsen) ; il recense tous les cas de cancers au Danemark depuis 1942, avec un fort taux de couverture du territoire national.

[24] Comme expliqué en 1-1, les cas de maladies dont une origine professionnelle est suspectée font l'objet d'une déclaration commune auprès de ces deux organismes.

[25] Reporting of occupational cancer in Denmark. Skov T, Mikkelsen S, Svane O, Lyng E. Scand J Work Environ Health 1990

Tableau 1 : Évaluation des dossiers médicaux des cas de mésothéliome pleural et d'adénocarcinomes des fosses nasales et des sinus diagnostiqués en 1986 et 1987 et non déclarés à l'Inspection du travail/Direction nationale des AT-MP (Danemark)

Qualité des informations contenues dans le dossier médical sur l'exposition professionnelle	Mésotéliome pleural	Adénocarcinome des fosses nasales et sinus	Total
Historique concluant à une exposition professionnelle, mais cas non déclaré	3	0	3
Pas d'historique des expositions, même si patient vivant au moment du diagnostic	11	5	16
Historique des expositions de qualité médiocre	4	0	4
Pas d'historique des expositions, diagnostic posé après le décès	18	0	18
Historique concluant à aucune exposition professionnelle	8	2	10
Total	44	7	51

L'étude montre que l'historique des expositions n'est pas toujours inscrit dans le dossier médical, même dans les cas où l'origine professionnelle de la pathologie est fortement envisageable. L'historique des expositions se révèle absent, ou de piètre qualité, dans 75 % des cas non reportés (38 sur 51). Dans ce contexte, la question se pose de comprendre comment un chef de service hospitalier peut assumer son obligation de reporter les cas suspects si les données relatives à l'exposition professionnelle ne sont pas renseignées dans le dossier médical.

La deuxième étude publiée en 1996⁽²⁶⁾, qui a porté sur la période 1983-1990, n'a fait que corroborer les conclusions de l'étude précédente et a constaté qu'aucune amélioration n'avait été constatée.

L'étude la plus récente⁽²⁷⁾ (publiée en 2007) effectuée le même travail de rapprochement sur la période 1994-2002 entre les cas enregistrés auprès du Registre des cancers et

ceux déclarés à la Direction nationale des AT-MP. Elle montre que, sur la période définie, seuls 55 % des cas de mésothéliomes et 41 % de cas d'adénocarcinomes enregistrés auprès du Registre du Cancer ont été déclarés à l'organisme assureur. Respectivement 91 % et 87 % des cas déclarés ont été reconnus comme des cancers professionnels (cf. tableaux 2 et 3).

Les cas non enregistrés auprès de la Direction nationale des AT-MP ont fait l'objet de recherches auprès des bases de données de l'organisme de retraite complémentaire ATP (*Arbejdmarkedets Tillaegspension*) d'une part, du Registre d'Etat civil (*Det Centrale Personregister*) d'autre part. Il s'agissait de recueillir des informations sur les fonctions occupées par les personnes concernées depuis 1964, et ainsi d'évaluer la probabilité d'une exposition professionnelle à l'amiante ou aux poussières de bois.

Tableau 2 : Patients atteints de mésothéliome pleural recensés dans le Registre des cancers de 1994 à 2002 et déclarés à la Direction nationale des AT-MP (Danemark)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001	Total
Cas déclarés :										
au Registre des cancers	69	64	68	82	73	97	80	90	72	695
à la Direction nationale AT/MP	40	34	35	55	44	55	43	39	36	381
Part (en %)	58 %	53 %	51 %	67 %	60 %	57 %	54 %	43 %	50 %	55 %
Cas reconnus par la Direction nationale AT/MP	34	27	26	45	38	51	38	38	34	331
Taux de reconnaissance	85 %	79 %	74 %	82 %	86 %	93 %	88 %	97 %	94 %	87 %
Cas non déclarés	29	30	33	27	29	42	37	51	36	314

(26) *Underreporting of occupational cancers in Denmark*, Danø H, Skov T, Lynge E., Scand J Work Environ Health 1996

(27) *Registration of selected cases of occupational cancer (1994-2002) with the Danish National Board of Industrial Injuries*, Hansen, Rasmussen, Omland, Olsen. Danish National Board of Industrial Injuries, 2007

Tableau 3 : Patients atteints d'adénocarcinome des fosses nasales et des sinus recensés dans le Registre des cancers de 1994 à 2002 et déclarés à la Direction nationale des AT-MP (Danemark)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001	Total
Cas déclarés :										
au Registre des cancers	15	9	10	9	10	16	15	8	17	108
à la Direction nationale AT/MP	6	5	6	4	6	5	6	2	4	44
Part (en %)	40 %	56 %	60 %	44 %	60 %	31 %	40 %	40 %	24 %	41 %
Cas reconnus par la Direction nationale AT/MP	5	5	5	3	5	5	6	2	4	40
Taux de reconnaissance	83 %	100 %	83 %	75 %	83 %	100 %	100 %	100 %	100 %	91 %
Cas non déclarés	9	4	4	5	4	11	9	6	13	64

Tableau 4 : Exposition professionnelle des patients atteints de mésothéliome pleural et d'adénocarcinome des fosses nasales et des sinus non déclarés à la Direction des AT/MP entre 1994 et 2002 (Danemark)

Pathologie	Sexe	Total	Info sur l'activité professionnelle		Expo à l'amiante / poussières de bois (%)
			Sans	Avec	
Mésothéliome pleural	H	224	48	176	105 (60 %)
	F	90	29	61	3 (5 %)
Adénocarcinome fosses nasales / sinus	H	38	3	35	11 (32 %)
	F	26	9	17	0

Concernant les cas non déclarés à l'organisme d'assurance, les recherches effectuées dans les bases de données ont permis d'établir que des informations sur le parcours professionnel des patients étaient accessibles pour les ³/₄ d'entre eux.

Le curriculum laboris de ces derniers a montré que 60 % des hommes (5 % des femmes) atteints de mésothéliome pleural avaient été exposés à l'amiante et que 32 % des hommes (0 % des femmes) atteints d'adénocarcinome avaient été exposés aux poussières de bois.

L'étude conclut à une sous-déclaration importante de ces deux types de cancers, sous-déclaration qui semble inchangée depuis les années 1980.

Un rapport sur la sous-déclaration des maladies professionnelles

En mai 2012, un groupe de travail mandaté par le ministre du Travail et coordonné par l'assureur AT-MP a publié un rapport sur la sous-déclaration des maladies professionnelles⁽²⁸⁾.

La mission du groupe d'experts était de mesurer l'ampleur du phénomène, d'en expliquer les causes et de proposer des solutions concrètes. Ce travail a été réalisé sur la base de l'analyse statistique de la provenance des déclarations (déclarant,

fréquence par déclarant, géolocalisation du déclarant, diagnostic...), d'études réalisées sur l'eczéma chez les coiffeurs (2011), des trois études précitées sur les cancers et d'une étude de 1998 sur la place des expositions professionnelles dans les consultations d'un large échantillon de médecins généralistes, ainsi que d'après des interviews menées auprès d'un échantillon de médecins traitants.

Puisque, dans ce pays, le médecin est la pierre angulaire du système de déclaration (cf. 1.2), c'est sur la capacité du corps médical à détecter puis à déclarer les cas dont une origine professionnelle est soupçonnée que le travail des experts a essentiellement porté.

Le rapport conclut à une sous-déclaration hautement probable sur le territoire national. Si l'ampleur du problème varie selon la région, la branche d'activité et la pathologie, les cas non déclarés dans leur ensemble sont estimés entre 1 000 et 2 000 par an (le Danemark enregistrait en 2011 environ 18 000 demandes de reconnaissances).

Concernant les pratiques des médecins, près de la moitié des généralistes (45 %) n'ont déclaré aucun cas au cours de la période du 1^{er} juillet 2010 au 31 décembre 2011.

80 % des médecins ayant déclaré au cours de cette période de référence ont effectué une à cinq déclarations. En

(28) Rapport du groupe de travail sur la déclaration des maladies professionnelles publié le 23 avril 2012 (en danois) : <http://www.ask.dk/ff/media/ASK/pdf/Rapporter/PDFrapportanmeldelseafarbejdsskaderpdf.ashx>

moyenne chaque médecin hospitalier ou spécialiste déclare 4 à 5 fois plus de cas que le médecin généraliste.

Quant aux causes, et par conséquent aux remèdes, les propositions sont multiples.

Il conviendrait de ne pas limiter l'obligation de déclarer aux médecins et dentistes, mais de l'étendre à d'autres praticiens du secteur de la santé tels que les psychologues et les chiropraticiens et de réintroduire cette obligation pour les employeurs (abolie en 1999).

Pour remédier à l'appréhension des médecins à déclarer lorsqu'ils ont un doute sur l'origine professionnelle de la pathologie ou qu'il leur est impossible de poser un diagnostic précis, il serait nécessaire de leur rappeler l'étendue de leur obligation de déclarer et de mettre à leur disposition sur le site de l'assureur ASK des informations concises concernant les pathologies liées aux différents postes de travail.

Parce que certains médecins ne se sentent pas assez investis/impliqués dans la démarche (n'ayant pas de retour sur la suite donnée aux cas qu'ils déclarent), il est envisagé de les renseigner sur l'issue de la procédure.

Quant aux difficultés techniques rencontrées lors de la déclaration électronique, il est important de faire en sorte que les médecins n'y dédient pas plus de 10 minutes par cas.

Plusieurs autres pistes sont explorées. Les interviews auprès des médecins ayant révélé que l'origine de la pathologie n'était pas leur approche prioritaire (ils sont axés essentiellement sur la guérison de la pathologie), il conviendrait de continuer à les informer sur leur obligation à déclarer (en ciblant les médecins qui n'ont jamais effectué de déclaration). Il est également envisagé de viser certains groupes de spécialistes particulièrement concernés, de continuer à sensibiliser les travailleurs via les syndicats sur l'existence d'une assurance spécifique, de faciliter la déclaration électronique et d'évaluer sa facilité d'utilisation, de créer un espace d'information sur le site de l'assureur ASK dédié uniquement aux critères de suspicion qui doivent déclencher une déclaration en maladie professionnelle, d'accorder une priorité plus élevée de la médecine du travail dans la formation continue des médecins.

En ce qui concerne l'expérimentation de dispositifs proactifs de recherche des pathologies professionnelles, le rapport propose d'étudier la possibilité d'une déclaration automatique entre l'Office national de la santé (*Sundhedsstyrelsen*) [grâce

à l'exploitation de certains registres de santé centralisés] et l'organisme assureur ASK, ce pour de nouveaux diagnostics - cette signalisation réciproque des cas existe déjà pour le mésothéliome et le cancer des sinus.

Pour certaines pathologies (dermatite, asbestose, cancer du poumon et cancer de la vessie), un courrier pourrait aussi être envoyé automatiquement aux médecins de famille des patients concernés, leur expliquant la possibilité de déclarer ces cas.

En outre, le groupe de travail recommande de faire en sorte que le formulaire de déclaration de MP s'affiche dans chacun des systèmes d'information médicale (*lægesystemer*)^[29] existant au Danemark. Cela exige une intégration ou une adaptation aux systèmes d'information médicale existants. Concrètement, il est recommandé que la Direction nationale des AT-MP prenne contact avec l'organisme MedCom^[30] afin d'effectuer une expertise qui évaluera la faisabilité technique et le coût de cette intégration.

Enfin, à titre d'initiative à court terme, le groupe de travail recommande à la Direction nationale des AT-MP de s'adresser aux administrations régionales afin que soit créé, sur les pages Santé de leur site Internet, un lien vers le site de la Direction nationale des AT-MP.

Le groupe de travail conclut dans son rapport sur la sous-déclaration qu'il faut veiller à ne pas tomber dans l'excès inverse et aboutir à un phénomène de surdéclaration qui créerait des attentes injustifiées des patients/victimes.

Espagne

En Espagne, la question de la sous-déclaration des maladies professionnelles ne fait pas l'objet du même consensus qu'au Danemark.

Il s'agit d'un épiphénomène pour les assureurs (les Mutuas et l'AMAT qui les fédère), tandis qu'elle fait l'objet d'une dénonciation vigoureuse de la part des syndicats.

La plupart des experts nationaux s'accordent à dire que la sous-déclaration est importante dans ce pays, en particulier pour les cancers professionnels. Elle est déplorée dans de nombreux articles de littérature spécialisée^[31].

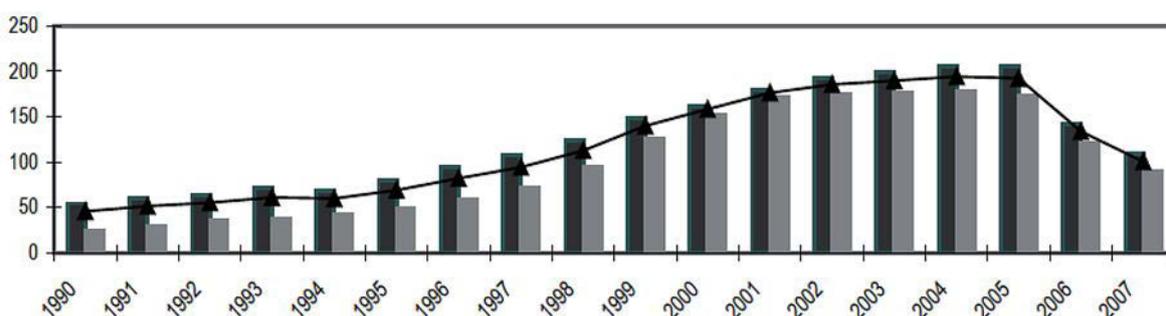
L'AMAT et les Mutuas préfèrent le terme de "sous-diagnos-

[29] Les *Lægesystemer* sont des systèmes, mis en place dans les cabinets médicaux, de gestion informatique des dossiers médicaux permettant entre autres d'envoyer des prescriptions médicales électroniques, de recevoir des résultats d'analyses de laboratoire ou de services hospitaliers de microbiologie ou de pathologie, de recevoir des courriers des hôpitaux, du médecin de garde, de médecins spécialistes, etc., ainsi que d'établir des statistiques à partir de mots-clés. Il existe une quinzaine de systèmes d'information médicale (exemples: Docbase, MedWin, Novax, XMO, Æskulap, EMAR, WinPLC, Web Praxis, MultiMed Web, Ganglion).

[30] Medcom est une coopération créée en 1995 entre les autorités publiques (ministère de la Santé, administrations régionales, autorités déconcentrées) et les entreprises privées du secteur de la santé pour contribuer au développement, à l'expérimentation, à la diffusion et à la qualité de la communication électronique et de l'information dans le secteur de la santé.

[31] Análisis del descenso del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España, 2006-2007. Montserrat Garcia Gomez, Rosario Castaneda Lopez. Arch Prev Riesgos Labor 2008; 11 (4): 1996-2003 // Sistema de declaracion de enfermedades profesionales en España : conclusiones de un taller. <http://www.ladep.es/ficheros/documentos/Sistema%20de%20declaraci%F3n%20de%20enfermedades%20profesionales%20en%20Espa%F1a%202009.pdf> La sorprendente historia de las enfermedades profesionales en España. Fernando G Benavides, Ana M García. Medicina clinica, vol 131, num 14, 25 octubre 2008 // Asbestos-related occupational cancers compensated under the Spanish National Insurance System, 1978-2001 - Montserrat Garcia-Gomez, 2014, International Journal of Occupational and Environmental Health

Graphique 8 : Taux de reconnaissance de maladies professionnelles (selon le genre) pour 100 000 assurés entre 1990 et 2007 (Espagne)



Source : Análisis del descenso del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España, 2006-2007 (voir note 32)

tic” à celui de “sous déclaration”, qui laisserait entendre une volonté délibérée de ne pas déclarer. Les assureurs admettent malgré tout l’existence d’une certaine sous-déclaration avant les changements réglementaires intervenus en 2006 . Elle était notamment la conséquence du caractère obsolète de la liste espagnole de maladies professionnelles en vigueur entre 1978 et 2006, mais aussi de l’ancienne procédure qui prévoyait que seul l’employeur pouvait déclarer un cas suspecté à la Mutua à laquelle il était affilié et enfin de l’effet repoussoir de la visite de l’Inspection du Travail, dans l’entreprise concernée, prévue dans chaque cas de maladie professionnelle suspectée.

Aujourd’hui, selon les assureurs, la sous-déclaration ne dépasserait pas 20 %.

Par ailleurs, 15 % des accidents du travail seraient en réalité des maladies professionnelles incorrectement qualifiées, ce qui n’a pas d’incidence sur l’indemnisation de la victime. La proportion de MP au sein des AT pourrait être supérieure selon l’Association espagnole des spécialistes en médecine du travail (AEEMT), de l’ordre de 50 %.

Pourtant, la dénonciation de la sous-déclaration se fait plus forte depuis le milieu des années 2000. En effet, à défaut de pouvoir résonner sur le nombre de demandes de reconnaissances (cette information n’étant pas disponible - cf. *supra*), force est de constater une chute du nombre de cas reconnus à partir de 2006, année durant laquelle on enregistre une baisse de 27 % par rapport à l’année précédente (on passe ainsi de 30 030 cas reconnus en 2005 à 21 905 en 2006) ; cette tendance s’est poursuivie, puisqu’en 2007 on ne décompte que 17 061 cas reconnus, soit une nouvelle baisse de 23 %.

Ce renversement de tendance est intervenu au lendemain d’une modification réglementaire⁽³²⁾ ayant un impact financier

important sur les Mutuas. Ce texte entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006 a établi que les Mutuas supporteraient dorénavant la charge financière des pensions pour incapacité permanente et décès des victimes de maladies professionnelles, en capitalisant le montant de ces rentes. Auparavant, les Mutuas remboursaient à l’INSS le montant des rentes sous la forme d’un pourcentage de la cotisation payée par les entreprises. Ce nouveau mode de calcul inciterait les Mutuas à reconnaître moins de maladies professionnelles.

Il a été dénoncé que les Mutuas, pour ne pas être contraintes d’augmenter le montant de leurs cotisations payées par les entreprises (et ainsi risquer de perdre des affiliations, puisque les 20 Mutuas sont en concurrence), auraient délibérément réduit drastiquement le nombre de maladies professionnelles reconnues et indemnisées.

Par ailleurs, en 2007, le cadre réglementaire des maladies professionnelles a été profondément modifié (nouvelle liste de maladies professionnelles, nouvelle procédure de déclaration, nouveau système d’enregistrement statistique, cf. 1.1). De nombreux acteurs se sont plaints des dysfonctionnements du nouveau système : l’application informatique serait excessivement rigide et ne permettrait pas une déclaration optimale.

Ces deux événements seraient à l’origine de la chute des maladies professionnelles reconnues à partir de 2006. Ces explications sont jugées plus que plausibles, dans la mesure où la baisse du nombre de maladies professionnelles est trop marquée pour être une simple retombée des avancées en matière de prévention.

La sous-déclaration, déjà constatée avant 2006, s’en serait trouvée aggravée.

L’organisme *Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud*, ISTAS⁽³³⁾ s’est essayé à évaluer la sous-déclaration des

[32] Orden TAS/4054/2005, de 27 de diciembre, sobre constitución por las mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social del capital coste correspondiente a determinadas prestaciones derivadas de enfermedades profesionales. BOE núm. 310, de 8 de diciembre de 2005

[33] L’institut Syndical du Travail, de l’Environnement et de la Santé est une fondation autonome, technique et syndicale qui a pour objectif la promotion et l’amélioration des conditions de travail, du niveau de santé et de sécurité sur les lieux de travail et la protection de l’environnement en Espagne. L’ISTAS a été créé en 1996 par la Confédération Syndicale des Comisiones Obreras (CC.OO.).

Tableau 5 : Synthèse de estimation de l'ISTAS de la sous-déclaration des maladies professionnelles pour l'année 2008 (Espagne)

Pathologies	Nb de MP déclarées - reconnues	Nb de MP estimées	Taux de sous-déclaration ⁽³⁵⁾
Maladies ostéomusculaires	13 966	31 812	56,1 %
Maladies de la peau	1 242	12 909	90,4 %
Hypoacousie ou surdité	790	11 642	93,2 %
Maladies respiratoires	850	9 467	91 %
Tumeurs malignes	62	6 291	99 %
Maladies infectieuses	493	2 390	79,4 %
TOTAL	18 700	90 869	79,4 %

Source : Tableau extrait du rapport mentionné en note 34

maladies professionnelles en Espagne dans des rapports de 2006, 2007, 2008 et 2009.

En rapprochant les statistiques officielles de reconnaissance, les données disponibles en termes de mortalité, d'incidence et de prévalence, et en estimant le risque attribuable d'après plusieurs sources épidémiologiques nationales et internationales, l'ISTAS aboutit dans son rapport de 2008⁽³⁴⁾ à un taux moyen de sous déclaration de 80 % [cf. tableau 5].

Selon l'ISTAS, la sous-déclaration affecterait particulièrement les cancers du poumon et les maladies de la peau.

Les causes seraient multiples : un sous-diagnostic de la part des médecins du Service national de santé, la nouvelle modalit  de capitalisation de la rente pour maladies professionnelles dissuasive à la reconnaissance pour les Mutuas, et la crainte persistante des entreprises de recevoir une visite de l'Inspection du travail.

France

La question de la sous-déclaration des maladies professionnelles fait régulièrement débat. Depuis 1997, une Commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes travaille tous les 3 ans à estimer le coût de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles⁽³⁶⁾. Cette estimation fait l'objet d'un rapport public détaillé. Le dernier en date⁽³⁷⁾ (juin 2014), après avoir évalué la mise en œuvre des propositions de la Commission précé-

dente et les développements récents de la lutte contre les grands risques professionnels, analyse les principales causes de sous-déclaration et de sous-reconnaissance des risques professionnels [cf. tableau 6].

Ces causes n'ont que peu changé depuis le précédent rapport de 2011. Ainsi, les facteurs participant à la sous-déclaration des maladies professionnelles peuvent être le fait des employeurs (notamment par des comportements de dissimulation ou absence d'affichage/d'actualisation du document d'évaluation des risques), des salariés eux-mêmes (ignorance du lien entre la pathologie et l'activité professionnelle, crainte quant à leur emploi), ou des professionnels de santé (absence persistante de formation et d'information adéquate des médecins de soins, réticence à déclarer la maladie quand cela peut avoir des répercussions sur l'emploi, manque de coopération entre médecine du travail et médecine de ville). La coexistence des dispositifs de réparation des maladies professionnelles et du dispositif invalidité participerait aussi au phénomène de sous-déclaration.

Quant aux facteurs identifiés comme pouvant être à l'origine d'une sous-reconnaissance, le rapport cite une forte hétérogénité selon les caisses dans les modalités de reconnaissance des pathologies professionnelles et de fixation des taux d'incapacité permanente, l'obsolescence de certains tableaux de maladies professionnelles et la difficulté de les réviser, et la sous-représentation des maladies psychiques eu égard aux expositions des travailleurs aux risques psychosociaux.

En limitant l'exercice au champ des pathologies dont le

[34] Impacto de las enfermedades de origen laboral en Espa a, avril 2009, ISTAS sur <http://www.istas.ccoo.es/descargas/Mortalidad%20y%20morbilidad%20de%20origen%20laboral-Informe%202009.pdf> [en espagnol]

[35] Les chiffres de déclaration aux Mutuas n'étant pas disponibles, ces taux de sous-déclaration ont été calculés à partir des chiffres de maladies professionnelles enregistrées par le système CEPROSS, c'est-à-dire des cas reconnus. Cette méthode d'estimation assimilant les cas reconnus avec les cas déclarés n'en demeure pas moins valable puisque les Mutuas affirment que leurs taux de reconnaissance sont très élevés.

[36] Cette estimation du coût de la sous-déclaration sert à fixer, conformément à l'article L.176-2 du Code de la sécurité sociale, le montant annuel que la branche d'assurance "risques professionnels" verse à la branche "maladie-maternité-invalidité-décès", pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière au titre des affections non prises en charge par la première.

[37] Prochainement disponible sur Internet [en français] - Rapport précédent [2011] sur http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/11_diricq.pdf

Tableau 6 : Synthèse de l'estimation des cas sous-déclarés de maladies professionnelles dans le cadre de la Commission L-176-2 (France)

Pathologies	Éléments d'appréciation de la sous-déclaration	Estimation du nombre de cas sous-déclarés (uniquement travailleurs salariés et pour 2012)
Cancers	Source : INVS*, CIRC* Fraction de risque attribuable : entre 3 % et 6 % pour les hommes / 1,5% et 6 % pour les femmes	Non évalué en nombre de cas, seulement en coût : entre 279 et 728 millions €
Principaux TMS	Source : INVS (Étude de 2009) Taux de 45 % de sous-déclaration pour le canal carpien, 50 % pour les tendinites du coude, de la main et des doigts, 30 % pour les tendinites de l'épaule	Canal carpien : 9 900 Tendinites du coude : 6 531 Tendinites de l'épaule : 84 Tendinite main & doigts : 2 518
Affections du rachis lombaire	Source : INVS (Étude de 2009) Taux de sous-déclaration entre 40 % et 65 %	Entre 1 334 et 3 717
Asthme	Source : différentes études en population générale entre 1996 et 2000 Fraction de risque attribuable : 15 %	Entre 104 808 et 158 262
Broncho-pneumopathies chroniques obstructives	Fraction de risque attribuable : 10 % à 20 % Prévalence d'origine prof de 1 % à 2 %	Entre 8 781 et 26 481 cas
Dermatoses	Incidence d'origine professionnelle : entre 0,5 et 0,7 pour 1000 travailleur par an	Entre 8 441 et 11 981
Surdités	Sources : AFFSE 2004 + INVS	11 825

INVS : Institut national de veille sanitaire

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

caractère professionnel pourrait être reconnu dans le cadre du dispositif juridique actuel, la Commission évalue ensuite le nombre de maladies professionnelles sous-déclarées à partir des données épidémiologiques disponibles, ce afin de déterminer la part des pathologies attribuables à des causes professionnelles.

Rappelons qu'il s'agit d'une estimation très approximative, dont l'objectif est de calculer une fourchette financière qui servira à fixer le montant du reversement de la branche "risques professionnels" à la branche "maladie" de la Sécurité sociale.

En appliquant à ces évaluations un coût moyen par type de pathologie (calculé en fonction de données financières de la CNAMTS et, pour les cancers, également sur la base d'une étude de l'Institut National du Cancer), le rapport de 2014 a déterminé une fourchette financière du coût annuel de la sous-déclaration des maladies professionnelles de 596 à 1 224 millions d'euros (auxquels s'ajoutent 99 millions pour la sous-déclaration des accidents du travail).

Le montant de la dotation pour 2014 et les deux années suivantes sera fixé sur la base de cette estimation financière par la loi (annuelle) de financement pour la Sécurité sociale. Cette dotation s'élevait à 710 millions d'euros en 2011 et à 790 millions en 2012 et en 2013.

Après avoir évalué l'ampleur et le coût de la sous-déclaration, la Commission fait des préconisations pour une meilleure prise en charge des pathologies professionnelles par la branche "risques professionnels" :

- nécessité d'une meilleure formation et information des médecins,
- simplification et mise en cohérence des réglementations applicables en matière d'indemnisation des assurances "accidents du travail-maladies professionnelles" et "invalidité",
- poursuite des efforts de contrôle des entreprises,
- réflexion sur les modalités de conservation et d'archivage des documents d'évaluation des risques, notamment en cas de disparition de l'entreprise,
- incitation du personnel hospitalier à davantage signaler le caractère professionnel d'une maladie ou d'un accident,
- poursuite de l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles,
- amélioration de la collecte d'informations scientifiques sur les risques professionnels et coordination des organismes de recherches.

Italie

Il n'existe pas d'étude spécifique sur le thème de la sous-déclaration à l'échelle nationale. Mais tous les rapports de la Commission d'enquête parlementaire sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (1997, 2006, 2013)^[38] mentionnent dans le chapitre dédié aux statistiques que "depuis toujours, l'INAIL, les partenaires sociaux et les méde-

[38] Dernier rapport (janvier 2013) disponible (en italien) sur <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/697907.pdf>; voir pages 62 et suivantes

cins du travail considèrent que les maladies professionnelles sont un phénomène sous-estimé”.

Pourtant, l'organisme assureur INAIL enregistre depuis quelques années une augmentation significative des demandes de reconnaissance (+ 41,7% entre 2007 et 2011 pour le secteur de l'industrie et des services).

Ce boom des déclarations résulte d'une série de facteurs, à commencer par l'entrée en vigueur en 2008 d'une nouvelle liste de maladies professionnelles. Celle-ci intègre plusieurs pathologies qui étaient susceptibles d'être reconnues auparavant au titre du système complémentaire, notamment des pathologies inhérentes à une surcharge mécanique touchant l'appareil musculosquelettique, et qui bénéficient désormais comme toutes les pathologies listées d'une présomption légale d'origine professionnelle. Ensuite, le libellé de la nouvelle liste par pathologie spécifique, et non plus par agent pathogène, a eu un effet technique collatéral se traduisant par des déclarations multiples (qui en 2009 étaient estimées à 20 % du total des déclarations).

La hausse du nombre de demandes de reconnaissance serait également la conséquence positive des actions de sensibilisation du public (travailleurs, employeurs et médecins de famille), notamment l'intensification des offres de formation et des produits d'information.

Il demeure que les cancers professionnels, qui font l'objet d'environ 2 000 déclarations par an, sont estimés comme indiscutablement sous-déclarés.

De nombreux articles publiés dans la revue *Medicina del lavoro* et dans les *Quaderni di medicina legale del lavoro* soulignent la différence entre le nombre de cas de cancers professionnels attendus sur la base d'études épidémiologiques et le nombre de cas signalés à l'INAIL et indemnisés. Des comparaisons de données épidémiologiques ainsi que des données INAIL (assureur)/ASL (cf. note 12 page 11) permettraient ainsi d'estimer la sous-déclaration des cancers professionnels à plus de 90 %, mésothéliomes et tumeurs nasosinuales mis à part (pour lesquels il existe un système d'enregistrement systématique : *Registri mesoteliomi e tumori nasosinuali*).

En conclusion

Selon le pays, on constate qu'il y a plus ou moins consensus autour de la question de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Quand opinion dissidente il y a, il s'agit de celle des organismes assureurs. Quant à la quantification, elle s'avère difficile voire impossible à l'échelle nationale et sur l'ensemble des maladies professionnelles.

De même, la problématique est jugée plus ou moins prioritaire selon le pays. Certains estiment que leur système de déclaration est efficient, mais qu'il faut améliorer la capacité des médecins à détecter l'origine professionnelle et y travailler, via des interconnexions de systèmes informatiques. D'autres estiment que le système de déclaration comporte en soi des effets pervers.

3.2 Exemples de bonnes pratiques pour lutter contre la sous-déclaration

Il existe dans la plupart des pays européens de nombreux produits d'information sur les maladies professionnelles et leur possibilité de prise en charge par la sécurité sociale, aussi bien à destination des médecins que d'un plus grand public.

Ceci d'autant plus que des thèmes, envisagés dans une perspective de santé publique tels que les maladies liées à l'amiante, de manière plus générale l'exposition professionnelle aux agents cancérogènes ou encore les risques psychosociaux, sont de plus en plus médiatisés.

Il ne s'agit pas ici d'énumérer toutes les actions de communication sur les pathologies professionnelles qui ont été et sont encore menées dans chaque pays. Le choix va plutôt se porter sur des initiatives originales et concrètes ayant pour objectif de rechercher de manière proactive des cas susceptibles d'être reconnus comme maladies professionnelles, mais qui ont tendance à échapper au dispositif de déclaration à l'organisme d'assurance.

Il ne s'agit pas non plus d'être exhaustif concernant toutes les expérimentations menées pour lutter contre la sous-déclaration. Une seule initiative a été retenue par pays concerné (Danemark, Espagne, France et Italie), initiatives sur lesquelles nous avons un peu de recul et pour lesquelles il existe une évaluation quant aux résultats.

Nous verrons qu'une majorité d'initiatives vise une meilleure déclaration des cancers professionnels et que l'outil souvent plébiscité est le recoupement informatique de données.

Danemark : croisement de fichiers informatiques

En juillet 2007, le Danemark a créé un dispositif national visant à lutter contre la sous-déclaration du mésothéliome et du cancer des fosses nasales et des sinus, dont les liens avec une exposition aux poussières d'amiante pour le premier et aux poussières de bois pour le second sont scientifiquement établis.

Un système de signalisation automatique et réciproque des cas correspondant à ces deux types de cancers a été mis en place entre l'Office national de la santé (Sundhedsstyrelsen) qui administre le Registre du Cancer d'une part, la Direction nationale des AT-MP d'autre part.

Le rapport annuel 2012 de la Direction nationale des AT-MP^[39] montre que cette initiative a eu un impact important sur le nombre de demandes de reconnaissance liées à ces deux types de cancers. Celles-ci ont ainsi augmenté de 50 % pour les mésothéliomes après la mise en œuvre du dispositif. Et les chiffres démontrent que le système a bénéficié encore davantage aux cas de cancer des fosses nasales (cf. tableau 7).

L'impact de cette initiative sur le nombre de cas reconnus et indemnisés est plus nuancé puisque ce chiffre reste stable. L'augmentation du nombre de déclarations s'accompagne surtout d'une augmentation du nombre de rejets des cas

[39] En danois (annexe A 2 - tableaux 3 à 6)

<http://www.ask.dk/ff/media/ASK/pdf/udgivelses/Redegoerelser%20til%20Folketinget/BEU-reddeg%C3%B8relsen%202012%20pdf.ashx>

Tableau 7 : Nombre de demandes de reconnaissance de cas de mésothéliomes et de cancers des fosses nasales auprès de l'assureur ASK entre 2006 et 2012 (par année de diagnostic/déclaration - Danemark)

Cas déclarés	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Mésothéliome	92	141	141	155	127	126	138
Cancer des fosses nasales	6	84	151	127	127	102	92
Total	98	225	292	282	254	228	230
dont déclaration par :							
• Sundhedsstyrelsen (registre du cancer)	S.O.	51	122	102	123	104	116
• médecins ou autres	98	174	170	180	131	124	114

Tableau 8 : Traitement des demandes de reconnaissance de cas de mésothéliomes et de cancers des fosses nasales entre 2006 et 2012 (par année de diagnostic/déclaration et par type de décision - Danemark)

Décision sur demandes de reconnaissance (année de la demande)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cas reconnus	85	105	85	90	84	91	87
Cas rejetés	13	118	207	192	170	137	135
Cas en cours de traitement / autre	0	2	0	0	0	0	8
Total	98	225	292	282	254	228	230

déclarés. Il faut préciser que le caractère systématique du transfert de dossiers entre l'Office national de la santé et la Direction nationale des AT-MP aboutit à ce que de nombreux cas diagnostiqués de manière erronée par le premier soient rejetés par le second. De plus, il arrive que les victimes/leurs ayants droit s'opposent à ce que l'organisme d'assurance instruit leur dossier qui sera dès lors rejeté.

France : recherche proactive des victimes potentielles

Depuis 2008, la France expérimente un programme de repérage de l'origine professionnelle possible des tumeurs de la vessie sur près de la moitié de son territoire métropolitain.

Les expositions professionnelles (aux hydrocarbures aromatiques polycycliques dérivés de la houille et du charbon, certaines amines aromatiques, nitrosamine N-nitrosodibutylamine) sont en effet, avec le tabac, les principaux facteurs de risque de ces tumeurs.

Cette expérimentation est menée dans six régions^[40] qui représentent 50 % de la population de France métropolitaine : Normandie et Nord Picardie depuis 2008, Bourgogne Franche-Comté depuis fin 2010, Sud-est et Nord-Est depuis début 2011.

Il s'agit de repérer, parmi les malades atteints d'un cancer de la vessie ou des voies urinaires hautes, ceux qui ont été

exposés durant leur vie professionnelle à des agents nocifs, et de les sensibiliser à la procédure de déclaration en maladie professionnelle aux fins de reconnaissance.

Concrètement, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et le Service médical, après avoir identifié les assurés ayant été admis en Affection Longue Durée (ALD)^[41] pour un cancer de la vessie (par une requête informatique), envoient aux personnes ciblées un courrier les informant de la démarche.

Les personnes ayant donné leur accord sont contactées par téléphone pour reconstituer leur carrière professionnelle à partir d'un questionnaire. Si une origine professionnelle s'avère probable ou possible, elles sont invitées à remplir un formulaire de déclaration de maladie professionnelle.

Le programme a permis de détecter 1 855 cas de cancers de la vessie potentiellement professionnels depuis le début de l'expérimentation (soit en moyenne 6 % des cancers de la vessie enregistrés en Affection Longue durée sur la même période de référence). Dans les régions sous expérimentation, 961 demandes en maladie professionnelle ont été reçues pour ce type de cancer, dont environ 60 % ont été reconnues.

Le graphique 10 (ci-contre) permet de visualiser l'évolution du nombre de déclarations depuis 2008 dans chacune des régions. Il met en évidence un temps de latence de deux semestres entre le début de l'expérimentation (2008, fin 2010 ou début 2011 selon la région) et l'augmentation du nombre de cas déclarés.

[40] Il ne s'agit pas strictement de régions administratives : "Normandie" regroupe la Basse-Normandie et la Haute Normandie, "Nord Picardie" regroupe le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie, "sud-est" recouvre Provence-Alpes-Côte d'Azur, "Bourgogne-France-Comté" regroupe la Bourgogne et la Franche-Comté et "Nord-Est" regroupe la Champagne-Ardenne et la Lorraine.

[41] Les ALD correspondent à des affections qui comportent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse et qui de ce fait peuvent être prises en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Tableau 9 : Nombre de maladies professionnelles repérées, déclarées et reconnues par région, à partir du premier semestre d'expérimentation (situation à l'issue du 1^{er} semestre 2013 - France)

Régions	Nb d'affections longue durée cancer vessie	Origine prof. possible		Déclarations MP reçues		Cas reconnus comme MP	
		Nb	% ALD	Nb	% / possible origine prof.	Nb	% / déclarations reçues
Normandie	4 889	294	6 %	236	80 %	159	67 %
Nord Picardie	8 684	646	7 %	474	73 %	264	56 %
Ile-de-France	7 684	243	3 %	94	39 %	68	72 %
Sud-Est	6 023	57	1 %	49	86 %	19	39 %
Bourgogne - Franche-Comté	2 235	510	23 %	66	13 %	27	41 %
Nord-Est	2 722	105	4 %	42	40 %	32	76 %
Total	32 247	1 855	6 %	961	52 %	569	59 %

Graphique 10 : Évolution du nombre de déclarations de MP par région sous expérimentation et par semestre de 2008 à 2013 (France)

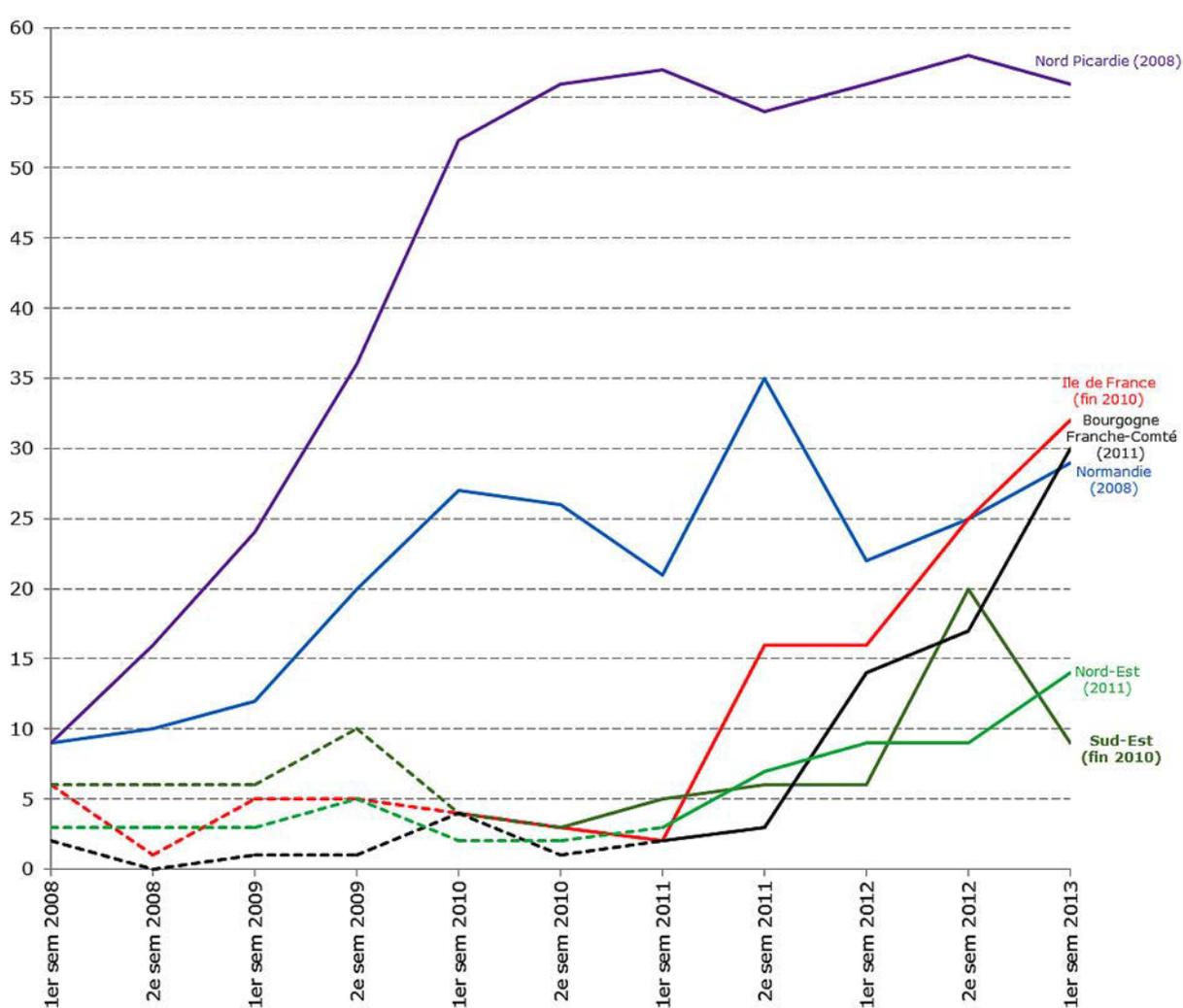


Tableau 10 : Demandes de reconnaissance (DR) et cas reconnus (CR) de cancers de la vessie entre 2008 et 2013 dans les six régions sous expérimentation (France)

Régions		2008	2009	2010	2011	2012	2013 (1 ^{er} semestre)
Normandie	DR	19	32	55	56	47	29
	CR	14	19	35	35	40	16
Nord Picardie	DR	25	60	108	111	114	56
	CR	14	50	63	59	60	28
Ile-de-France	DR	7	10	7	18	41	32
	CR	7	6	4	15	32	20
Sud-Est	DR	12	16	7	11	26	9
	CR	5	4	1	6	5	7
Bourgogne - Franche-Comté	DR	2	2	5	5	31	30
	CR	1	2	3	3	16	8
Nord-Est	DR	6	8	4	10	18	14
	CR	5	1	3	8	13	11

Sur l'ensemble des régions participantes, les demandes de reconnaissances ont été multipliées par 4,6 dans les 18 mois à 2 ans suivant le début du programme. Pour les deux régions qui ont débuté le plus tôt, cet effet se maintient 4 ans après le début de l'expérience avec une tendance à l'inflexion de la courbe.

Quant aux données de reconnaissance (cf. page suivante), elles montrent, elles aussi, une augmentation du nombre de cas pris en charge.

Un rapprochement avec des données nationales sur une période de référence du 1^{er} janvier 2001 au 31 mars 2013 montre que les régions sous expérimentation enregistrent 84 % des demandes de reconnaissance de cancers de la vessie en maladie professionnelle au plan national. Pourtant elles ne représentent que 49 % des Affections Longue Durée correspondant à ces pathologies. Les reconnaissances en maladie professionnelle sont, dans ces régions, là aussi significativement plus élevées (84 % des reconnaissances au niveau national).

Une généralisation de ce dispositif à l'ensemble du territoire est envisagée.

Italie : coopération hôpitaux/INAIL

Comme souvent en Italie, les actions innovantes naissent d'initiatives régionales, voire locales. Cela est également vrai en matière de santé au travail, dans ce pays très décentralisé

où la prévention des risques professionnels est confiée dans une certaine mesure à l'organisme assureur (INAIL), mais aussi aux collectivités locales à travers les *Aziende Sanitarie Locali* (ASL).

Il existe en Italie divers dispositifs de recherche active de cancers professionnels, notamment le système OCCAM⁽⁴²⁾ (Occupational cancer monitoring) de surveillance du risque cancérogène au travail basé sur l'anamnèse professionnelle repérable/reconstituée à partir de données de sécurité sociale INPS (*Istituto Nazionale della Previdenza Sociale*). Mais outre le fait qu'il existe de nombreuses limites à ces dispositifs, leurs conséquences en termes de demandes de reconnaissance à l'organisme assureur ne sont pas documentées.

L'initiative retenue comme expérience de bonne pratique de lutte contre la sous-déclaration des maladies professionnelles est un dispositif de recherche systématique de cancers professionnels à partir des cas diagnostiqués et soignés en milieu hospitalier dans le Département (*provincia*) de Brescia⁽⁴³⁾.

Le département de Brescia se trouve en Lombardie, dans le nord de l'Italie. C'est une région très industrialisée avec, selon les données des registres territoriaux des cancers, une forte incidence des cancers pulmonaires.

Depuis mai 1998 et suite à une initiative conjointe avec l'ASL dans le cadre des activités de son Département Prévention, le Service de médecine du travail attaché à la chaire de médecine du travail de l'Université de Brescia opère

[42] <http://www.occam.it/index.php>

[43] I tumori occupazionali "ritrovati". Considerazioni sul ruolo del Medico del Lavoro nella ricerca sistematica e nella diagnosi eziologica dei tumori polmonari, alla luce di una casistica. S. Porru, A. Scotto di Carlo, Donatella Placidi, Cecilia Arici, G. Tassi, L. Alessio, Med Lav 2006 ; 97, 4 :565-580 -

http://www.lamedicinadellavoro.it/summary/2006/vol_97_04/01_vol_97_04.pdf

I tumori occupazionali ritrovati: contributo del medico del lavoro e vantaggi della ricerca sistematica. S.Porru, A. Scotto di Carlo, L. Alessio. G Ital Med Lav Erg 2009 ; 31 :3, Suppl, 108-112

en convention avec l'unité opérative de médecine du travail des hôpitaux civils de Brescia afin de faire émerger les cas de cancer professionnel.

Cette recherche systématique porte initialement sur les cancers pulmonaires. L'initiative implique les services de pneumologie, de chirurgie thoracique, de médecine générale ainsi que l'Institut de radiologie de l'hôpital, départements les plus concernés par le diagnostic et la thérapie des patients atteints de cancer du poumon.

L'objet de la recherche systématique est d'identifier, d'évaluer et de documenter les cas de tumeurs pulmonaires dont une origine professionnelle est suspectée. L'objectif premier est d'améliorer les données épidémiologiques détenues par l'ASL afin de prévenir de manière plus efficace les cancers professionnels ; mais l'initiative a aussi des retombées en termes assurantiels.

Les étapes de la procédure sont les suivantes.

Pour chaque nouveau diagnostic de cancer pulmonaire qui est posé, le médecin hospitalier chargé du patient effectue une brève anamnèse professionnelle et remplit une fiche informatique contenant les informations suivantes : état civil, diagnostic clinico-histologique, habitudes de tabagisme, quelques éléments d'anamnèse professionnelle recueillis "au chevet" du patient (secteur d'activité, métier, période, durée). Seules quelques minutes sont nécessaires pour établir ce document. Cette fiche de signalisation est transmise au Service de médecine du travail de l'hôpital.

Le médecin du travail, sur la base de cette fiche, archive les cas non-suspects (exemples : travail de bureau, femme au foyer...) et évalue les cas suspects via un entretien direct avec le patient ou une consultation spécialisée.

Pour chaque patient évalué, un dossier clinique est créé contenant la documentation pertinente relative à l'hospitalisation (références radiologiques, endoscopiques et histopathologiques ayant conduit au diagnostic de cancer).

Une anamnèse professionnelle plus approfondie est menée ; dans 99 % des cas, elle est recueillie directement auprès du patient. Elle rassemble des informations sur la durée de l'activité professionnelle, les nom et siège de l'établissement, les principales caractéristiques de production de l'entreprise, le métier, l'éventuelle utilisation ou exposition à des agents chimiques ou physiques, l'éventuel port d'ÉPI, la présence dans l'entreprise de dispositifs de captage de polluants aériens. Cette enquête concerne le curriculum laboris sans limite de temps ; le médecin du travail consulte le livret de travail s'il est disponible, recherche si nécessaire auprès des entreprises (en particulier du Responsable du service de prévention) des informations techniques complémentaires (document d'évaluation des risques, enquêtes environnementales) ou se rend directement sur les lieux de travail. Le médecin du travail de l'entreprise et celui de l'ASL (qui connaît

bien la carte des risques à l'échelle locale) sont parfois consultés. L'enquête porte également sur les éventuels loisirs du patient pouvant l'exposer à des agents cancérigènes.

Le Service de médecine du travail procède enfin à la détection d'autres tumeurs, d'autres affections pulmonaires ou d'autres pathologies professionnelles.

À l'issue de ce processus, le Service de médecine du travail envoie au médecin du département ayant pris en charge le patient un rapport détaillé contenant les anamnèses professionnelle et pathologique ainsi que des conclusions sur le lien causal entre la pathologie et une exposition professionnelle, accompagnées de références à la littérature scientifique. En outre, le rapport rappelle au médecin ses obligations médico-légales : signalisation du cas à l'ASL compétente (pour enregistrement dans sa base de données), rédaction d'un rapport pour l'Autorité judiciaire, rédaction du Premier Certificat de maladie professionnelle à remettre au patient, nécessaire à une demande de reconnaissance auprès de l'INAIL. La plupart du temps sont également transmis des conseils en matière d'assistance aux patients (exemples : modalités d'accès à l'organisme assureur INAIL, protection des *patronati*⁽⁴⁴⁾).

Une évaluation de cette initiative a été rendue possible grâce à :

- la création d'une base de données comprenant tous les dossiers évalués par le Service de médecine du travail, dont des extraits sont régulièrement envoyés à l'ASL ;
- la collaboration instaurée avec l'INAIL de Brescia qui a effectué une requête dans sa propre base de données départementale sur les noms fournis, rendant ainsi possible la consultation des décisions rendues par l'assureur ;
- la collaboration avec les médecins du *patronato INCA* de Brescia, qui a permis de suivre le déroulement des éventuels développements judiciaires de certains cas.

De 1990 à 1998 (année de la mise en place du dispositif de recherche systématique), seuls quelques dizaines de cas de cancers pulmonaires liés au travail avaient été signalés au médecin du travail de l'ASL. De mai 1998 à mai 2005, ce nombre de signalements s'élevait à 182.

Sur les 1 502 premiers diagnostics de cancer pulmonaire posés durant la période de référence, une bonne moitié a été archivée principalement faute d'éléments pouvant faire penser à une exposition professionnelle à des cancérigènes pulmonaires. Quelques rares cas ont été écartés car l'état de santé des patients n'a pas permis d'en établir l'anamnèse professionnelle.

L'autre moitié des cas a fait l'objet d'une évaluation sur une possible origine professionnelle. Sur 693 cas, le service de médecine du travail a confirmé une étiologie professionnelle pour un quart d'entre eux, tous patients hommes.

Les facteurs de risque identifiés sont l'exposition à la silice (26 %), à l'amiante (9 %), aux hydrocarbures aromatiques

[44] Il arrive que suite au recours d'un *patronato* qui produit la documentation élaborée par le Service de médecine du travail, l'INAIL reconnaisse et indemnise un cas initialement rejeté. Une collaboration plus étroite entre l'hôpital et les *patronati* a été développée dans le but de soutenir les dossiers sur le plan technico-scientifique auprès de l'INAIL voire lors de contentieux ; cette collaboration a abouti à la reconnaissance de plusieurs cas devant les tribunaux.

Tableau 11 : Évaluation des cas diagnostiqués/évalués/reconnus entre mai 1998 et mai 2005 (Italie)

Données Recherche systématique	Nombre	%
Cas diagnostiqués	1 502	100 %
Cas archivés	806	53 %
Cas ayant fait l'objet d'une expertise de médecine du travail	696	47 %
Établissement d'un lien causal	182	12 %
Données assurantielles INAIL		
Demandes de reconnaissance reçues	142	100 %
Cas reconnus	48	34 %
Cas rejetés	76	53 %
Cas en cours d'évaluation au moment de la publication des données	18	13 %

polycycliques ; les secteurs d'activité sont ceux du transport routier, de la peinture en bâtiment, du revêtement routier ainsi que des expositions multiples (12 %).

L'anamnèse pathologique a révélé pour certains patients l'existence d'une autre pathologie liée au travail : six patients cumulaient un cancer pulmonaire avec une asbestose, avec une silico-asbestose, avec un cancer de la vessie (pour un employé au tannage du cuir), avec une sclérose systémique (attribué à l'exposition à la silice) et avec une broncho-pneumopathie chronique obstructive. Dans sept cas, un premier diagnostic de pleuropathie bénigne due à l'amiante a été posé.

27 patients étaient déjà titulaires d'une rente INAIL (23 au titre d'une silicose, 2 pour asbestose, 2 pour pneumoconiose due à plusieurs types de poussières).

Sur les 182 cas pour lesquels une étiologie professionnelle a été établie par les médecins du travail, 142 demandes de reconnaissance ont été déposées auprès de l'INAIL. Les 40 cas restants correspondent à des patients soit non-résidents dans le département de Brescia donc dépendant d'autres centres INAIL, soit dont le Certificat de Maladie professionnelle n'est pas parvenu à l'INAIL, s'il a bien été établi.

Un tiers des cas déclarés ont été reconnus : 18 travailleurs exposés à la silice (dont 13 avec silicose), 4 issus du secteur du transport routier, 3 issus du secteur de réparation des véhicules ou du secteur métallurgie-mécanique, 1 du recouvrement routier, 1 exposé à l'acide sulfurique dans une filature de laine, 3 peintres en bâtiment, 4 exposés à l'amiante, 1 médecin exposé à des radiations ionisantes, 1 travailleur de l'industrie du caoutchouc, 1 dans le secteur des traitements galvaniques et 9 ayant subi des expositions multiples.

En conclusion, de quelques cas reconnus annuellement par l'INAIL avant le début de l'expérience de recherche systématique, on est passé à 48 reconnaissances sur une période de 7 ans, avec un taux de reconnaissance d'environ 38 %, bien supérieur aux 23 % à l'échelle nationale pour cette pathologie sur la période 1994-2002.

Malgré le succès de la démarche, il reste à savoir pour

quelles raisons plus de 60 % des dossiers pour lesquels le Service de médecine du travail a établi un lien avec le travail ont été rejetés par l'organisme assureur.

Espagne : logiciel de signalement SISVEL

La Région (ou communauté autonome) de Valence, située à l'est de l'Espagne, est une région pionnière en matière de détection des maladies professionnelles.

Dans un contexte de sous-déclaration et de manque d'informations permettant de planifier de manière adéquate des actions préventives, le gouvernement régional met en place dès 1991 un système proactif baptisé SISVEL (*Sistema de información sanitaria y vigilancia epidemiológica laboral* - Système d'information sanitaire et de vigilance épidémiologique au travail) permettant aux professionnels et services de santé qui étaient volontaires à cette date de déclarer à la Région les cas de dommages à la santé liés au travail qui devaient être soumis à vigilance.

Ce programme s'est ensuite transformé pour s'adapter au nouveau cadre réglementaire sur les maladies professionnelles de 2006 et aux nouvelles obligations de l'administration sanitaire régionale.

SISVEL vise deux objectifs :

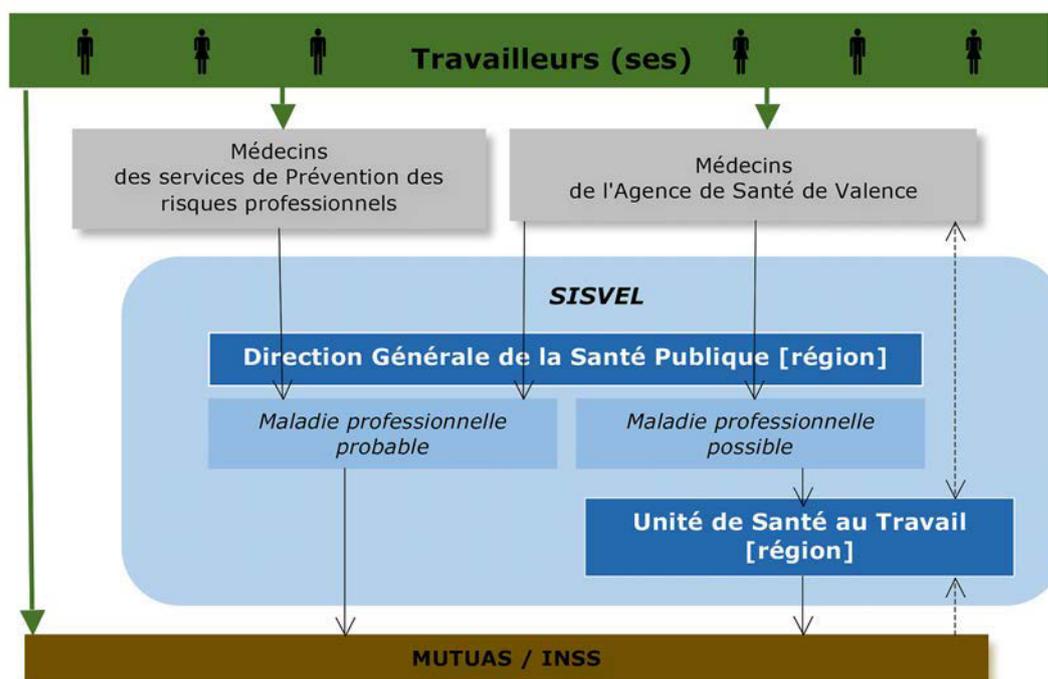
- cartographier les risques professionnels dans la Région : c'est un instrument qui récolte et analyse les informations sur les risques professionnels de manière complète et actualisée dans chaque aire géographique, afin de planifier des actions sanitaires de prévention à destination des travailleurs ;

- proposer un système d'alerte : celui-ci permet une identification rapide et systématique des cas de maladies potentiellement d'origine professionnelle diagnostiqués au sein du système de santé, ainsi qu'une transmission par voie électronique vers l'organisme assureur en tant que demande de reconnaissance.

En pratique, les médecins relevant de l'Agence de Santé de Valence^[45] et les médecins du travail des Services de préven-

[45] Les médecins exerçant de manière libérale n'étant pas soumis à l'obligation de déclarer les cas suspects de maladie professionnelle, ils ne sont pas impliqués dans le système SISVEL.

Graphique 11 : Circuit d'information SISVEL (Espagne)



tion des risques professionnels sont connectés à SISVEL, via une intégration de ce dernier au Système d'information ambulatoire (*Sistema de Informacion Ambulatoria - SIA*) pour les premiers et via un portail Web pour les seconds.

Chaque patient possède sur SIA un dossier médical individuel informatisé, dans lequel figurent des informations médicales et sur son environnement de travail. Lorsqu'un diagnostic est posé par un médecin (pour les patients de plus de 16 ans) dans SIA et qu'il correspond à l'un de ceux sélectionnés par SISVEL, une fenêtre s'ouvre pour l'informer de la possibilité que la pathologie soit d'origine professionnelle et permet la communication du cas à l'assureur, par l'intermédiaire de la Direction Générale de la Santé Publique de Valence.

Le médecin déclarant a la possibilité de déclarer directement le cas par SISVEL s'il considère que la pathologie peut être qualifiée de professionnelle ou bien, en cas de simple suspicion, de requérir une expertise de l'Unité de Santé au travail du centre de Santé Publique compétent, qui sera chargé le cas échéant de la transmission du dossier à l'assureur toujours par SISVEL.

Les investigations sollicitées consistent en une enquête épidémiologique, l'acquisition d'information sur l'exposition professionnelle au(x) facteur(s) de risque, si nécessaire une visite de l'entreprise et des informations cliniques complémentaires auprès du médecin déclarant.

Les médecins du travail des Services de prévention des risques professionnels sont considérés comme disposant d'assez de connaissances et de compétences, ils n'ont donc

qu'une option, celle de la déclaration directe.

Toute déclaration via SISVEL comporte des données sur le travailleur, sur la pathologie, sur l'employeur, sur le médecin déclarant et le type de déclaration ("considère la pathologie comme professionnelle" ou "suspecte"). Les quatre premières rubriques sont préremplies automatiquement grâce aux données disponibles dans les systèmes d'information sur lesquels SISVEL s'est greffé (SIA, système d'information du Service national de Santé et SIP, système d'information démographique).

L'acteur intermédiaire que constitue la Direction Générale de la Santé Publique de Valence "filtre" les déclarations transmises par SISVEL (conditions d'admissibilité, pas d'examen des cas sur le fond), avant de les communiquer à l'organisme d'assurance compétent, Mutua ou Institut National de Sécurité Sociale en fonction du choix d'assurance de l'employeur. L'assureur reste maître de la décision de reconnaître l'origine professionnelle de la pathologie. Un retour d'information quant à la décision prise est prévu vers la Région et vers le médecin détecteur.

Il convient de préciser qu'actuellement, le support SISVEL est à l'origine d'environ un tiers des cas reconnus de maladies professionnelles (au titre de la liste des MP, système CEPROSS) dans la région de Valence. Les autres cas correspondent à des demandes de reconnaissance formulées à l'occasion de visites directes des travailleurs auprès d'un médecin de la Mutua à laquelle leur entreprise est affiliée.

Après une période d'expérimentation sur une liste

réduite⁽⁴⁶⁾ de pathologies, la liste de diagnostics déclenchant l'alerte du SISVEL contient aujourd'hui 75 catégories de diagnostics codifiés en ICD9⁽⁴⁷⁾, qui recouvre quasiment la liste espagnole des maladies professionnelles.

Pour certaines catégories de maladies, tous les diagnostics n'ont pas été pris en considération par le système ; une sélection a été réalisée en combinant des critères de fréquence, de gravité et de fraction étiologique du risque. Ont ainsi été exclues les pathologies bénignes à haute incidence et basse proportion de cas attribuables au travail, afin d'éviter une activation excessive du système d'alerte.

SISVEL intègre, pour chacune des catégories de diagnostics considérés, des critères de suspicion associés avec, a minima, un diagnostic clinique confirmé et une anamnèse professionnelle compatible avec des expositions, des activités ou des tâches à risque.

Quant à la couverture du système, elle s'étend en 2014 à tous les centres de soins primaires de la Région, 70 % des centres de soins spécialisés, 60 % des hôpitaux de la Région de Valence, 62 % des médecins des Services de prévention des risques professionnels (soit 301 services de prévention concernés), aux 10 Mutuas et aux 16 Unités de santé au travail présentes sur le territoire. La population active couverte est estimée à 1,8 million de travailleurs.

Cette extension progressive de la couverture s'est accompagnée de la diffusion d'un guide ad hoc⁽⁴⁸⁾ ainsi que d'une démarche de formation des médecins, qui a suscité une forte participation : en 2010, 75 % des médecins convoqués ont participé aux journées de formation, soit 2007 médecins du Service National de Santé, et le système a été présenté aux 500 médecins du travail des Services de prévention de la Région.

40 % des cas communiqués par SISVEL à la Communauté autonome ne sont pas transmis aux Mutuas pour plusieurs motifs.

Plus d'un tiers d'entre eux correspond à des travailleurs indépendants ou sans activité rémunérée qui, de ce fait, ne sont pas couverts par les Mutuas. Pour un quart d'entre eux, aucun lien avec l'activité professionnelle n'a été établi ; et pour un cinquième de ces cas "filtrés", le travailleur n'a pas souhaité que son cas soit transmis à l'assureur.

On observe des écarts importants entre les différentes entités de soins quant aux taux de communication par SISVEL.

Ces mêmes écarts sont également constatés entre les Mutuas quant aux taux de reconnaissance (taux variant de 7 à 40 %), tandis que celui correspondant aux cas relevant de l'INSS (environ 6 % des assurés à l'échelle nationale) est estimé à environ 50 %.

Quant aux motifs de rejet de la part des Mutuas, l'on sait que le diagnostic n'a pas été confirmé pour 24 % des cas rejetés, et que les critères d'exposition n'étaient pas remplis pour 30 % ; les autres motifs ne sont pas connus. S'il existe à la charge des Mutuas une obligation de retour d'information, la mention du motif de refus est facultative.

Enfin, le meilleur taux de reconnaissance est constaté pour les cas communiqués par les Services de prévention des risques professionnels (45,9 %), contre 24 % pour les cas envoyés par les médecins du Système National de santé sans requête d'expertise préalable à l'Unité de Santé au travail d'un centre de Santé Publique, et 29 % avec expertise préalable.

Le rapport SISVEL 2012 fournit également des informations sur les types de maladies communiquées : 80 % des cas sont des maladies ostéo-articulaires (plus de 59 % de cas de canal

Tableau 12 : Résultats SISVEL de l'année 2012⁽⁴⁹⁾ (Espagne)

	2011	2012	Variation 2012/2011
Nombre de cas de MP communiqués via SISVEL à la Direction Générale de la Santé Publique de Valence	1 006	1 318	+30,8%
Nombre de cas de MP transmis aux Mutuas	431	708	+60,5%
Nombre de cas reconnus comme MP par les Mutuas	144	200* (22 comme AT)	+37,9%*

* Cette donnée est provisoire ; à la date de publication de ces données, le processus de décision était encore en cours par les Mutuas pour 109 cas. Si l'on considère le taux de reconnaissance actuel de 33,81 %, le nombre de cas reconnus serait de 237, portant le pourcentage de variation à 60,7 % par rapport à l'année précédente.

[46] Lors de la création du système en 1991, la liste des pathologies concernées était limitée aux hypoacusies, syndromes du canal carpien, dermatoses de contact et à l'asthme. Le SISVEL a connu une première montée en puissance avril 2012 avec 35 pathologies.

[47] ICD9 : International Classification of Diseases - Ninth Revision - <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9.htm>

[48] Guía para la comunicació de sospechas de enfermedades profesionales, Generalitat Valenciana, conselleria de sanitat, 2010 <http://www.ladep.es/ficheros/documentos/Guia%20comunicaci%F3n%20sospecha%20enfermedades%20profesionales%20G%20Valenciana.pdf>

[49] Informe SISVEL 2012, principales resultados, Generalitat Valenciana, Conselleria de sanitat http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/guia_com_enf_sos.pdf

carpien). Les maladies respiratoires ne représentent que 6 %. Une dizaine de cas de tumeurs (soit 0,7 % du total) sont répertoriés. Ces deux derniers taux particulièrement faibles peuvent en partie s'expliquer par le fait qu'ils correspondent à des diagnostics qui sont généralement posés par les services spécialisés au sein des hôpitaux, qui sont encore assez peu intégrés au système SISVEL.

Au regard de ces résultats et des fortes hausses constatées entre 2011 et 2012 (dues en partie à l'intégration des centres de soin spécialisés en 2012), la Direction Générale de la Santé Publique de Valence conclut à une forte sous-déclaration, en particulier des maladies respiratoires, des dermatoses ou des cancers.

En 2013, une série de mesures étaient en cours pour consolider le système et améliorer la détection, la déclaration et la reconnaissance des maladies professionnelles :

- élargissement de la couverture du système SISVEL aux entités de soin dépendant d'autres systèmes informatiques que le SIA ;
- encouragement de la participation des professionnels de santé et amélioration de la qualité des rapports de communication ;
- optimisation du retour d'information.

À défaut de présenter des ratios de reconnaissance par Communauté autonome, les données CEPROSS montrent que la Communauté autonome de Valence est la Région qui en 2013 a connu la plus grande variation à la hausse du nombre

de cas reconnus en maladies professionnelles (+64 % entre 2012 et 2013).

Des outils similaires à SISVEL sont actuellement développés dans au moins neuf autres communautés autonomes, notamment en Navarre, en Catalogne et au Pays Basque.

En conclusion

Même si ces initiatives de lutte contre la sous-déclaration ont quelques points communs (ciblage des cancers, utilisation de l'outil informatique), elles demeurent appropriées aux caractéristiques de chaque pays.

Dans les pays très décentralisés que sont l'Espagne et l'Italie, de bonnes pratiques naissent au niveau local, et leur mise en œuvre est facilitée par les liens forts qui existent entre les différents acteurs de santé (régions, hôpitaux, organismes d'assurance sociale).

Le Danemark s'appuie, quant à lui, sur des réseaux de données qui sont fiables et bien renseignés au niveau national ; le fait que ce pays soit de petite taille, et de culture nordique, attaché au respect de la loi, n'est pas étranger à la réussite de son initiative.

Les solutions des uns ne peuvent pas nécessairement être copiées par les autres dans les mêmes conditions, mais il semble que la recherche proactive des cas non déclarés de pathologies particulièrement touchées par la sous-déclaration soit un axe de travail pertinent pour tous.

Annexe 2 : Statistiques ALLEMAGNE

ALLEMAGNE : Population assurée, demandes de reconnaissance et cas reconnus - 2011

Population assurée ^(a) : 40 861 230	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus
TOTAL MP	71 269	34 581 (dont 19 311 non formellement reconnus ^(b))
Hypoacusies	11 640	6 107
Dermatoses	25 056	9 399 (dont 18 828 non formellement reconnues)
TMS stricto sensu	4 213	525 (dont 16 non formellement reconnues)
Lombalgies (codes 2108 à 2110)	5 891	535 (dont 149 non formellement reconnues)
Cancers :	8 000 (approx)	2 408
- dont cancer poumon/larynx par amiante	3 824	799
- dont mésothéliomes (code 4 105)	1 312	980
Asbestoses et plaques pleurales	3 662	1 818
Système complémentaire	1 968	136

Sources : DGUV

Références bibliographiques

DGUV Statistics 2011 - Figures and long-term trends, autres statistiques DGUV

<http://www.dguv.de/medien/inhalt/zahlen/documents/dguvstatistiken2011e.pdf>

Pour les statistiques par pathologies, voir aussi : <http://www.dguv.de/de/Zahlen-und-Fakten/BK-Geschehen/index-2.jsp>

Pour la population assurée, voir aussi Geschäfts- und Technungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2011, page 11 tableaux 2 et 3 (en allemand)

[a] Le nombre de 40 861 230 assurés recouvre pour l'année 2011 les travailleurs (employeurs personnes physiques et salariés) des secteurs privé et public. Il exclut en revanche deux catégories particulières d'assurés sous le même régime : les 17 071 776 d'élèves et d'étudiants ainsi que les 17 998 179 "autres assurés" non travailleurs (chômeurs indemnisés, prisonniers, donneurs de sang, bénévoles, aidants familiaux...). Ces deux populations particulières ont été écartées afin de rendre les statistiques allemandes comparables avec celles des autres pays (qui ne les couvrent/assurent pas dans les mêmes proportions), notamment afin de calculer les ratios de maladies professionnelles/population assurée. En revanche, il a été impossible d'isoler et donc de soustraire ces deux populations au sein des statistiques détaillées de maladies professionnelles. Ceci n'a de facto aucune incidence sur la cohérence et la comparabilité des statistiques, puisque les cas de MP touchant les élèves d'une part et les "autres assurés" d'autre part sont en quantité négligeable ; on décompte en 2011 pour la catégorie des élèves seulement 120 demandes de reconnaissance en MP sur un total de 71 269 toutes populations confondues, soit 0,16 % des demandes ; leur représentation au sein des MP reconnues est encore moindre (de l'ordre d'une dizaine de cas reconnus en 2011). Quant aux "autres assurés" non travailleurs, s'il n'est pas possible de connaître le nombre de déclarations et de cas reconnus en MP qui leur est imputable, la nature très particulière des activités qui les soumettent à l'assurance accident (trajet domicile-agence pour l'emploi pour les chômeurs, prélèvement sanguin pour les donneurs...) ne les expose que très marginalement au risque "maladie professionnelle" (davantage au risque "accident du travail").

[b] Le système allemand de reconnaissance des maladies professionnelles a ceci de particulier qu'il distingue, au sein des maladies reconnues, les cas qui sont reconnus stricto sensu et qui ouvrent droit à une indemnisation (notamment au titre de l'incapacité permanente) et les cas dont le lien avec l'activité professionnelle a été établi mais dont le degré de gravité ne nécessite pas que la victime soit contrainte d'abandonner l'activité professionnelle qui l'expose au risque. Pour ces cas, les prestations de l'assurance AT/MP se limitent à des mesures préventives individuelles de type protection médicale et aménagement du poste de travail. Les pathologies visées par cette distinction sont définies dans la liste des MP ; cela concerne essentiellement les dermatoses, les allergies et certains TMS.

Annexe 3 : Statistiques DANEMARK

DANEMARK : Population assurée, demandes de reconnaissance et cas reconnus - 2011

Population assurée : 2 676 095	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus
TOTAL MP	18 230	3 994
Hypoacusies	2 183	877
Dermatoses	2 660	1 389
TMS stricto sensu	5 419	664
Lombalgies	1 604	217
Cancers :	612	162
- dont cancer poumon/amiante	NR	NR
- dont cancer larynx/amiante	1	NR
- dont mésothéliomes	82	83
Asbestoses	55	21

Sources : Arbejdsskadestyrelsen

Remarque

Rappelons qu'au Danemark, les cas de maladies professionnelles déclarés sont susceptibles d'être reconnus uniquement s'ils donnent lieu à une incapacité permanente, c'est-à-dire à un préjudice physiologique ou/et une perte de capacité de gain. Cela signifie que les cas pour lesquels seuls des indemnités journalières (versées par l'assurance maladie au titre d'une incapacité seulement temporaire) ou des soins non spécifiques sont octroyés, ne sont pas comptabilisés dans les statistiques de reconnaissance de l'ASK.

Références bibliographiques

Cas déclarés par diagnostic initial :

<http://www.ask.dk/da/Statistik/Erhvervssygdomme-fordelt-pAa-diagnoser/ff/media/ASK/pdf/statistik/erhvervssygdomme%20diagnoser/Erhvervssygdomme%20fordelt%20p%20diagnose%2020072011tabel1.pdf.ashx>

Cas reconnus 2011 par diagnostic final :

<http://www.ask.dk/da/Statistik/Erhvervssygdomme-fordelt-pAa-diagnoser/ff/media/ASK/pdf/statistik/erhvervssygdomme%20diagnoser/Erhvervssygdomme%20fordelt%20p%20diagnose%2020072011tabel3.pdf.ashx>

Voir également :

<http://www.ask.dk/da/Statistik/Arbejdsskadestatistik/ff/media/ASK/pdf/statistik/Statistik%202011/Arbejdsskadestatistik2011endelig2011besk.pdf.ashx> (en danois)

<http://www.ask.dk/da/Statistik/Arbejdsskadestatistik/ff/media/ASK/pdf/statistik/Statistik%202011/arbejdsskadestatistikpixiudgaveendelig.pdf.ashx> (en danois)

Annexe 4 : Statistiques ITALIE

ITALIE : Population assurée, demandes de reconnaissance et cas reconnus sur demandes de reconnaissance - 2011

Population assurée (industrie et services) : 17 294 329	Demandes de reconnaissance	Cas reconnus
TOTAL MP	38 101	14 837
Hypoacusies	5 044 (dont 2 305 hors liste)	2 317 (dont 404 hors liste)
Dermatoses	519 (dont 210 hors liste)	260 (33 hors liste)
TMS stricto sensu	15 398 (dont 7 509 hors liste)	6 771 (dont 1 034 hors liste)
Lombalgies	8 494 (dont 5 501 hors liste)	3 003 (dont 1 126 hors liste)
Cancers :	2 272 (dont 993 hors liste)	908 (dont 87 hors liste)
- dont cancer poumon/amiante	275 (estimation)	NR
- dont mésothéliomes	626 (estimation)	NR
Asbestoses	528	226
Plaques pleurales	895	597

Source : INAIL

Remarque

À noter que les statistiques italiennes relatives aux maladies professionnelles sont présentées en fonction de l'année de déclaration (ici 2011) et du devenir de ces mêmes cas déclarés, quelle que soit l'année de décision.

Références bibliographiques

http://www.inail.it/internet/salastampa/SalastampaContent/NumerieStatistiche/archivioRapportiAnnualiNazionale/p/DettaglioRapportiAnnuali/index.html?wlpnewPage_contentDataFile=UCM_TEST149361&_windowLabel=newPage

Voir aussi Banca Dati statistica

Annexe 5 : Statistiques France

FRANCE : Population assurée, déclarations et cas reconnus - 2011

Population assurée (régime général): 18 492 444	Décisions de reconnaissance rendues	Cas reconnus
TOTAL MP	114 531	78 805
Hypoacusies	2 474	1 046
Dermatoses	1 051	762
TMS + Lombalgies		
- dont TMS stricto sensu	82 276	65 724
- dont lombalgies	8 772	4 028
Cancers :	2 536	2 050

Source : Caisse nationale de l'assurance maladie - Direction des risques professionnels

Remarque

Par nombre de déclarations, on entend ici le nombre de décisions de reconnaissance rendues durant l'année 2011, positives ou négatives. Les "faux" rejets liés à l'absence de certificat médical joint à la demande de reconnaissance ont ainsi été exclus de ce nombre.

Annexe 6 : Statistiques Espagne

ESPAGNE : Population assurée, cas reconnus, détail par système d'enregistrement - 2011

Population assurée ^(c) : 15 756 800	Cas reconnus	Détail par système d'enregistrement
TOTAL MP	30 262 ^(d)	19 195 ^(e) CEPROSS (dont 1 273 lésions permanentes non invalidantes)
Hypoacusies	2 067	1 558 CEPROSS + 509 (estimation lésions permanentes non invalidantes)
Dermatoses	1 064	985 CEPROSS + 619 PATRONATSS
TMS + Lombalgies	20 296	
- dont TMS stricto sensu	16 297	12 632 CEPROSS + environ 130 lésions permanentes non invalidantes + 3 535 PATRONATSS
- dont lombalgies	3 999	PATRONATSS
Cancers	75 (dont 63 amiante)	CEPROSS
Asbestoses et plaques pleurales	91	CEPROSS
Silicoses	296	CEPROSS

Source : ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale

Remarques

Les données relatives aux demandes de reconnaissance sont indisponibles.

Dans les statistiques par pathologie, les données issues de CEPROSS n'incluent pas les éventuels cas de lésions permanentes non invalidantes (1 273 cas sur 19 195 CEPROSS), non ventilés par maladie mais inclus dans le nombre total de maladies professionnelles.

Références bibliographiques

Rapport (informe) 2011 : http://www.seguridadysalud.ibermutuamur.es/IMG/pdf/2011_-1.pdf

CEPROSS

http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Observatorio_de_las_Enfermedades_Profesionales/cepross2k11/index.htm

PANOTRATSS

http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Observatorio_de_las_Enfermedades_Profesionales/panotrass2k11/index.htm

[c] La population assurée en 2011 a été calculée à partir du taux d'incidence mentionné en page 3 de la source statistique "informe 2011".

[d] Aux maladies professionnelles stricto sensu enregistrées dans CEPROSS, il convient d'ajouter les données PANOTRATSS, qui correspondent techniquement à des accidents du travail, mais qui sont en réalité des cas de pathologies hors liste.

[e] Ce chiffre est toujours légèrement surestimé dans les statistiques publiées par le ministère, car un certain nombre de cas sont requalifiés a posteriori. En 2011, 3,98 % des cas enregistrés comme maladies professionnelles dans CEPROSS ont fait l'objet d'une telle requalification en "maladie commune" et 2,8 % en accident du travail. Il n'est en revanche pas possible de connaître quelles pathologies ont été ainsi requalifiées.



EUROGIP est un groupement d'intérêt public (GIP) créé en 1991 au sein de l'Assurance maladie - risques professionnels française.

Ses activités s'articulent autour de 5 pôles : enquêtes, projets, information-communication, normalisation et coordination des organismes notifiés.

Elles ont toutes pour dénominateur commun la prévention ou l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles en Europe.

www.eurogip.fr

Droits de reproduction : EUROGIP se réserve le droit d'accorder ou de refuser l'autorisation de reproduire tout ou partie de ce document. Dans tous les cas, l'autorisation doit être sollicitée au préalable et par écrit et la source doit être impérativement mentionnée.

EUROGIP

Déclaration des maladies professionnelles - Problématique et bonnes pratiques dans cinq pays européens

Paris : EUROGIP

Réf. Eurogip-102/F

2014 - 21 x 29,7 cm - 46 pages

ISBN : 979-10-91290-49-4

Directeur de la publication : Raphaël HAEFLINGER

Auteur de l'enquête et rédaction du rapport : Christine KIEFFER

Relations presse : Isabelle LELEU

51, avenue des Gobelins - F-75013 Paris

Tél. +33 0 1 40 56 30 40

